

К. М. Платонов

СЛОВО
КАК
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ
И ЛЕЧЕБНЫЙ
ФАКТОР

ИЗДАНИЕ ПЕРВОЕ

СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

(ВОПРОСЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПСИХОТЕРАПИИ
НА ОСНОВЕ УЧЕНИЯ И. П. ПАВЛОВА)

ИЗДАНИЕ ВТОРОЕ, ЗАНОВО ПЕРЕРАБОТАННОЕ
И ДОПОЛНЕННОЕ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
Медгиз — 1957 — Москва

Слово, благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их замечает и потому может вызвать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те раздражения.

И. П. Павлов

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящая монография выходит вторым изданием более чем через 25 лет после первого издания, опубликованного в 1930 г., т. е. в самом начале развития учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах действительности. Поэтому в первом издании монографии эта гениальная павловская концепция, естественно, не могла получить достаточного отражения.

Кроме того, приступить ко второму изданию побудили нас новые факты, накопленные после этого физиологами при разработке различных вопросов высшей нервной деятельности, а также необходимость широкого внедрения физиологического учения И. П. Павлова в медицинскую практику.

При подготовке ко второму изданию монография подверглась коренной переработке. В нее введен ряд новых глав, а в прежние разделы внесены существенные изменения и дополнения. Намечая последовательность изложения материала, мы считали необходимым показать пути устранения функциональных нарушений высшей нервной деятельности человека с помощью методов психотерапии. При этом наши исследования касались как ближайшей подкорковой области, так и обеих сигнальных систем действительности, в нормальном взаимодействии которых лежит основа здоровой личности, цельность нашего «я».

В 1925—1932 гг. наша экспериментальная работа проводилась главным образом в лаборатории физиологии труда (зав. М. М. Денисенко) Украинского психоневрологического института, в физиологической лаборатории (зав. Г. В. Фольборт) Украинского института труда, в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности при кафедре физиологии Харьковского педагогического института (зав. Е. С. Катков), а позднее — в ряде лабораторий Центральной клинической психоневрологической больницы Министерства путей сообщения. Клинические и поликлинические наблюдения проводились в период с 1910 по 1954 г. в основном в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института, в клинике нервных болезней Харьковского медицинского института и в отделении неврозов Центральной клинической психоневрологической больницы Министерства путей сообщения.

Нужно сказать, что после выхода в свет первого издания было накоплено не столь много новых экспериментальных данных. Тем не менее учение И. П. Павлова привлекает внимание широкого круга исследователей, особенно физиологов, врачей и педагогов, так как сейчас мы уже имеем возможность достаточно правильно понимать и оценивать вопросы психотерапии и, в частности, гипноза и внушения.

Конечно, мы далеки от мысли, что материал монографии может дать сколько-нибудь исчерпывающее разрешение вопросов психотерапии, как и тесно связанной с ней проблемы неврозов. Мы даем в ней лишь исходные

факты и положения, которые могут служить стимулом для дальнейшей и более глубокой разработки этих проблем. Тем не менее в монографии подведены итоги наших экспериментальных и клинических работ в этой области, выполненных более чем за 40 лет. Именно с 1910 г., когда, по предположению В. М. Бехтерева, в его клиниках нами была выполнена диссертационная работа, один из разделов которой был посвящен механизмам словесного внушения по в н у ш е н и ю с н е, и началась наша исследовательская работа в этой области. Конечно, мы вполне отдаем себе отчет в том, что успешное разрешение всех этих сложных проблем возможно лишь при длительной совместной творческой работе физиологов и клиницистов, проводимой на основе павловского физиологического учения.

Задача нашей монографии — показать, что именно может дать и дает при определенных условиях психотерапия. С эффективностью последней родчас не знакомы в должной мере не только врачи-соматологи, но нередко даже и психиатры. Поэтому для широкого внедрения в медицинскую практику методов психотерапии нужны именно факты, прямым образом свидетельствующие об ее действительности. Нашей задачей было эти факты дать, ибо, по выражению И. П. Павлова, «факты — это воздух ученого». Вместе с тем мы имели в виду познакомить читателя с нашим путем в изучении и применении психотерапии на основе учения И. П. Павлова.

Учитывая, что результаты психотерапии до сих пор для очень многих врачей представлялись недостаточно осознательными, мы делаем акцент на методе терапевтического словесного внушения, проводимого у больных не только в состоянии бодрствования, но и главным образом во внушенном сне. В настоящее время в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности именно метод гипно-суггестивной терапии наиболее научно обоснован и к тому же дает в соответствующих случаях наиболее быстрый и стойкий эффект, удовлетворяющий и самого больного, и врача. Чтобы устранить все еще существующее среди врачей сдержанное, а подчас даже и скептическое отношение к этому методу, мы приводим многочисленные факты, пытаясь осветить их с физиологических позиций школы И. П. Павлова. Кроме того, мы также учитывали указания В. М. Бехтерева и неизменно опирались на его многочисленные работы. Как известно, В. М. Бехтерев до конца своих дней настойчиво проводил в жизнь различные методы психотерапии и, в частности, словесного внушения во внушенном сне.

Конечно, не следует считать, что психотерапия во всех случаях дает положительный эффект. Поэтому если в некоторых разделах монографии мы приводим главным образом положительные результаты психотерапии, то это сделано с целью не только показать степень ее действительности в соответствующих случаях, но и для анализа м е х а н и з м о в этого воздействия.

Вместе с тем задача нашей монографии — подчеркнуть, что медицина располагает по существу четырьмя основными лечебными методами: медикаментозным, хирургическим, физиотерапевтическим и психотерапевтическим, причем психотерапия, и, в частности, суггестивная терапия, пронизывает все прочие лечебные методы.

Поэтому мы будем считать себя в высокой степени удовлетворенными, если этот наш посильный труд сумеет привлечь к себе внимание врачей различных специальностей и побудит к широкому внедрению методов психотерапии и психопрофилактики в их повседневную врачебную деятельность.

Огромное значение учения о высшей нервной деятельности обязывает нас к максимально плодотворной работе над внедрением его во все разделы

клинической медицины и, в частности, в клинику неврозов, этих главных объектов психотерапии.

Мы полагаем, что предлагаемые вниманию читателя материалы к учению о слове как физиологическом и лечебном факторе могут представить определенный интерес и значение не только для врачей, но и для педагогов и других специалистов, близко соприкасающихся с вопросами воспитания человека.

В заключение считаем своим приятным долгом выразить сердечную признательность всем нашим ближайшим сотрудникам, участникам нашей общей многолетней работы, проводимой с 1923 г.: И. З. Вельвовскому, П. Я. Гальперину, Д. С. Губергрицу, З. Н. Закаменной, П. П. Истомишу, Л. А. Квинт, П. Л. Крюковичу, А. Н. Мацкевич, М. О. Пайкину, Ф. В. Цейкинской, А. М. Цыпкину, Р. Я. Шлифер. В последующем эту работу проводили Н. М. Адтер, А. Е. Бреслав, Н. М. Зеленский, Е. С. Катков, К. Д. Катков, А. Г. Константинова, З. А. Копиль-Левина, И. Н. Мураховская, А. П. Прусенко, М. Д. Трутень, Н. Л. Утевский, М. М. Хаймович, И. В. Халфон, М. И. Холоденко. И, наконец, в послевоенные годы весьма деятельное участие в этой работе принимали М. М. Амстиславская, Е. А. Воронкина, М. И. Каптур, К. И. Лаврова, А. А. Соседкина.

Нельзя не отметить, что врачи других специальностей последовали нашему призыву о внедрении методов психотерапии в их врачебную практику. Среди них мы можем указать акушеров М. В. Вигдоровича (Ленинград), М. Я. Милославского, А. С. Моцак, В. А. Плотицер, К. П. Прониеву, М. М. Сыркина (Киев), Н. Т. Цветкова, М. В. Шестопал, Э. А. Шугом (Харьков); хирургов С. М. Берга (Симферополь), Г. М. Гуревича, И. С. Мастбаума (Харьков) и Ф. Ф. Сивенко (Белгород); терапевтов А. Г. Генниева (Баку), С. П. Иоффе (Львов), В. М. Шапиро (Серпухов); дерматологов Н. Г. Безюка (Киев) и И. А. Жукова (Сочи-Хоста); психиатра И. С. Мезина (Станислав); психоневрологов В. М. Кислова (Донбасс, Пятигорск) и А. К. Трошина (Свердловск) и психолога М. С. Лебединского. В контакте с нами в течение многих лет проводил свою работу психиатр А. Ф. Гопиридзе (Тбилиси) с его многочисленными учениками (Н. Г. Вешапеля, И. И. Николава, Я. А. Тер-Овакимов и др.).

Близкое участие в работе по оформлению второго издания монографии принимали Е. С. Катков и В. А. Подерни, советами которых в затруднительных случаях мы пользовались. Отдельные теоретические вопросы, освещение которых в новом издании монографии было необходимым, нами были разработаны в сотрудничестве с ними. За все это приносим им особую благодарность.

Мы выражаем также нашу признательность А. И. Вольфовскому, взявшему на себя труд по просмотру рукописи и сделавшему ряд ценных замечаний.

Май 1955 г.

Автор

ВВЕДЕНИЕ

Психотерапия является старейшим методом лечения больного человека, ей издавна придавалось большое значение. На важную роль психического фактора в развитии болезненных состояний и их лечении указывали выдающиеся отечественные медицинские деятели (М. Я. Мудров, В. М. Минассени, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и др.). Однако если возможность благотворного воздействия слова врача на больного и на происходящие в его организме болезненные процессы в настоящее время, повидимому, уже ни у кого не вызывает сомнения, то механизм словесного воздействия остается еще недостаточно ясным.

Наряду с этим, не вполне очерчены границы применения психотерапии. Отсюда возникают противоречивые и нередко неправильные представления о сущности и значении различных методов психотерапии (внушение в бодрствующем состоянии и в гипнозе, рациональная психотерапия по Дюбуа и др.) при лечении тех или иных функциональных расстройств высшей нервной деятельности.

Нужно сказать, что из всех лечебных методов наиболее трудно объективно изучать процессы, лежащие в основе психотерапии. Психотерапии до последнего времени представлялась недоступной для объективной оценки. Поэтому влияние на состояние корковой динамики больного далеко не всегда могло быть как-либо объективно зарегистрировано.

Вместе с тем до самого последнего времени не было единого понимания сущности самих функциональных нарушений высшей нервной деятельности, как не было точно установленной их номенклатуры и классификации. Этим, естественно, можно объяснить трудность положения психотерапевта при анализе заболевания и при выборе рационального в каждом отдельном случае способа психотерапии.

Однако главная причина, препятствовавшая в прошлом научному обоснованию психотерапии, заключалась в господствовавшем тогда дуалистическом воззрении на природу человеческой личности. Это выражалось прежде всего в оторванном от физиологической основы субъективно психологическом понимании закономерностей психических процессов как в их нормальных, так и в патологических проявлениях.

И только с дальнейшим развитием физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности психотерапия вышла на новый путь, сделавший возможным материалистическое понимание лежащих в ее основе механизмов и открывший новые широкие практические возможности. Павловская физиология создала физиологическую базу и открыла механизмы высшей нервной деятельности, после чего стало

возможным пониманием сущности психотерапии и ее правильное при-
менение.

Что касается советской психотерапии, то она развивалась в совершен-
но иных условиях, чем психотерапия в зарубежных странах и в дореволю-
ционной России. Она строится на основах диалектического материализма,
материалистического учения о высшей нервной деятельности, единства
психики и соматика, детерминированности сознания условиями бытия.

Поэтому советская психотерапия решительно отбросила проникшие
к нам порочные идеалистические концепции зарубежной психотерапии
[Фрейд (Freud), Адлер (Adler) и др.], извращенно трактующие учение о
неврозах и приемы психотерапевтической помощи. Как известно, именно
этими концепциями в свое время в такой степени было запутано понимание
природы неврозов и их лечение, что долгое время эти проблемы казались
неразрешимыми.

В. М. Бехтерев (1911, 1915, 1929), по праву считающийся основополож-
ником отечественной психотерапии, критически относился к учению
Фрейда. Он, будучи психоневрологом, наметил некоторые важные исход-
ные условия и возможности применения психотерапевтических методов,
а также направления их дальнейшего развития.

Тем не менее необходимо признать, что до возникновения павловского
учения сложность структуры человеческой личности, разнообразие врож-
денных и приобретенных типовых особенностей нервной системы, так же
как и сложность и изменчивость конкретных условий взаимоотношения
организма человека с окружающей его социальной и физической средой, —
все это составляло для нас совершенно непреодолимые трудности в отно-
шении понимания и изучения. И только в настоящее время на основе фи-
зиологических исследований павловской школы мы получили возмож-
ность вскрывать конкретную структуру невроза и конкретные механизмы
его возникновения и развития.

Достижения павловской «настоящей физиологии» головного мозга за-
ставили в корне изменить подход к изучению неврозов и применению пси-
хотерапии, после чего психотерапевтическая помощь в том виде, как она
нами применяется в настоящее время, стала действенным методом лечения.

Следует отметить, что метод психотерапии эффективен не только в слу-
чаях функционального нарушения высшей нервной деятельности, но и при
психогенных расстройствах функций различных органов и систем. В на-
стоящее время во многих лабораториях предпринимается исследование,
помогающие обоснованию психотерапии, а вместе с ней и психопрофилак-
тики (А. Г. Иванов-Смоленский, Н. И. Красногорский, С. Н. Давиденков,
Ф. П. Майоров, Б. Н. Вирман, Л. Б. Гадхель, В. Н. Мясницар, Ю. А. По-
зоринский и др.).

Как будет видно из последующего изложения, в связи с изучением слова
как физиологического и лечебного фактора и с анализом механизмов функ-
циональных расстройств деятельности высших отделов центральной нер-
вной системы под методы психотерапии подводится прочная физиологи-
ческая база.

При этом мы все более убеждаемся, что слово оказывается подчас
чрезвычайно могущественным лечебным фактором, производящим прямое
и непосредственное воздействие на характер динамики корковых про-
цессов. Это открывает прямой путь к перестройке физиологических про-
цессов, в том числе и к мобилизации необходимых внутренних ресурсов
в организме больного.

Слово врача с учетом важнейших особенностей ближайшего и отда-
ленного анамнеза больного может приобрести большую терапевтическую
значимость, которую далеко не все вполне осознают и оценивают.

Наш труд имеет целью приблизить читателя к пониманию механизмов физиологического и лечебного воздействия слова. Нет сомнения в том, что пути воздействия слова на высшую нервную деятельность человека нами далеко еще не раскрыты полностью. Все это составляет задачу дальнейших исследований.

Подытоживая в данном труде наш 45-летний опыт усвоенного применения психотерапии, мы сделали со своей стороны все возможное для того, чтобы дать стимул к более широкой и углубленной разработке вопросов теории и практики психотерапии и, в частности, методов внушения и гипноза, а также передать его другим. Мы поставили задачу показать, что применение психотерапии, наряду с другими научно обоснованными методами лечения больного человека, является для советской медицинской науки в настоящее время совершенно необходимым. Знакомство с методами психотерапии важно не только для психоневрологов, специально занимающихся лечением неврозов, но и для врачей всех других специальностей, ибо в свете учения о единстве психики и соматики всякое соматическое заболевание неразрывно связано с состоянием высшей нервной деятельности больного.

Мы считаем необходимым особенно подчеркнуть, что, как показывает практика, среди врачей, в том числе среди психоневрологов, еще сильны узколокалистические представления. Они нередко заставляют искать органическую природу заболевания там, где она в действительности является функциональной. При этом особенно должна быть отмечена все еще имеющаяся недооценка врачами роли психотравмирующих факторов в возникновении различных расстройств функций внутренних органов и систем. Недооценивается также роль слова врача, нередко являющегося источником ятрогенных заболеваний.

В целом наш труд является попыткой активизировать врачебную мысль в этом направлении. Мы сознаем, что путь широк и труден. Но работа в этом направлении очень благодарная, так как, помогая лечению и исцелению больного, она может быть высоко плодотворной и притом в значительно больших пределах, чем это может казаться вначале.

**СЛОВО
КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ
ФАКТОР**

УЧЕНИЕ И. П. ПАВЛОВА О СНЕ, ГИПНОЗЕ И СЛОВЕСНОМ ВОЗДЕЙСТВИИ

ГЛАВА I

СЛОВО КАК УСЛОВНЫЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ

Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные, общие у него с животными, но вместе с тем и такой многообъемлющий, как никакие другие...

И. П. Павлов

Учение о высшей нервной деятельности освещает закономерности процессов, протекающих в больших полушариях головного мозга человека, процессы, обеспечивающие сложное и тонкое отношение как с внешней физической и социальной, так и с внутренней средой самого организма человека. Мы излагаем, что основы учения И. П. Павлова читателю известны и отсылаем интересующихся к основным трудам ученого.

Еще при жизни И. П. Павлова учеником его Н. М. Гыковым была экспериментально доказана возможность установления рефлекторных связей рефлексивно со всеми внутренними органами и системами. На основании этих фактов стало ясно, что раздражения, идущие из внутренних органов, создают в соответствующих пунктах коры мозга очаги возбуждения, которые при известных условиях вступают во временную связь с любыми другими очагами возбуждения, создаваемыми раздражителями внешней или внутренней среды.

В лабораториях Н. М. Гыкова (1947 г.) также доказана возможность образования временной связи и через гуморальные пути с денервированными органами (почки, селезенка, поджелудочная железа). Это означает, что в условную реакцию вовлекаются эндокринные железы, гормоны которых в свою очередь оказывают действие через кровь на целую систему органов.

Таким образом вся внутренняя среда подчиняется влияниям коры мозга, импульсами со стороны которой может быть изменено состояние любого внутреннего органа. Благодаря временным связям кора больших полушарий осуществляет тесное взаимоотношение между внешней и внутренней средой организма.

Многочисленными работами советских исследователей было показано, что условный рефлекс имеет сложный состав, включающий самые разнообразные проявления соматических и вегетативных функций, которые меняются в зависимости от биологического значения раздражителя. Благодаря деятельности коры головного мозга происходит объединение в их

функции и реакцию целостного организма обеспечивающую уравновешивание его с окружающей средой.

Открыв закономерности вышней нервной деятельности у высших животных, И. П. Павлов доказал, что таким же закономерностям подчинена и вышняя нервная деятельность человека. Однако последняя имеет особую социально обусловленную природу, которая имеет качественное своеобразие. Эта природу связана с трудовой и общественной деятельностью, касается речевой функции и вводит новые принципы деятельности больших полушарий, составляя вторую сигнальную систему действительности, присущую только человеку. Невоспринимаясь в условиях взаимодействия со средой с разнообразными раздражителями первой сигнальной системы, слово вследствие этого является для человека реальным и многосторонним условным раздражителем, состоящим из звуков и словесной системы межличностной сигнализации, «сигнализации речи». Кроме того, словесные раздражители представляют отвлечение от действительности и допускают обобщение, составляя специально человеческое — высшее — мышление. Характерное для второй сигнальной системы отвлечение от действительности достигается вследствие того, что образ предметов и действий, выраженный в словах и понятиях, заменяет их конкретное воздействие на организм. Большое значение также имеет и то, что в силу сочетания одного словесного раздражителя с другим и тоже словесным раздражителем образуются очень сложные временные связи, надстраиваемые друг над другом в соответствии с возрастающим жизненным опытом человека.

Воспринимая и различая речевую функцию придают ей защитную функцию и являются одним из необходимых условий существования общества. Будучи связана со сложной деятельностью мозга, каковой является мышление, язык регистрирует и закрепляет в словах и в соединении слов и предложениях результаты работы мышления, успехи познавательной работы человека и, таким образом, делает возможным обмен мыслями в человеческом обществе.

Это сложное словесное и обобщающее значение слова и представляет его качественное отличие не только как специфического условного раздражителя второй сигнальной системы, но и как основной структурной единицы языка. Этим и обусловлена та сила, с какой слово как реальный условный раздражитель воздействует на процессы высшей нервной деятельности человека.

Следует отметить, что условные реакции второй сигнальной системы образуются у человека на материальной основе первой сигнальной системы. При этом вторая сигнальная система действует и через первую сигнальную систему и на подкорку «во-первых, своим торможением, которое у нас так развито и которое отсутствует или почти отсутствует в подкорке (и которое меньше развито, надо думать, в первой сигнальной системе); во-вторых, она действует и своим положительным действием только на кору мозга».

Однако, поскольку речь идет о деятельности все той же нервной ткани, необходимо иметь в виду, что кора больших полушарий, составляющая первую сигнальную систему, управляет также и второй. Следовательно, вторая сигнальная система подчиняется тем же физиологическим законам, что и первая сигнальная система. Эти положения И. П. Павлова являются отправными для выяснения механизма воздействия словом на вторую сигнальную систему, а через нее — на первую и на подкорку. Другое, не менее важное положение заключается в том, что высшая нервная деятельность человека

¹ И. П. Павлов, Павловские среды, изд. Академии наук СССР, т. III, стр. 40

сильно детерминирована. Поэтому в совместной работе второй и первой сигнальной системы отражается социальная среда.

Как показывают поведенческие наблюдения, исторически сформировавшаяся речевая система может вызывать в организме человека самые разнообразные ответные реакции, которые можно объективно регистрировать. Тем не менее даже и сейчас мы еще далеко не в достаточной степени знаем действительное влияние словесных раздражений на глубокие скрытые физиологические процессы. Однако экспериментальные данные лабораторных и клинических исследований последних лет уже дают возможность правильно оценить значение слова как важного физиологического фактора.

Эти исследования показывают, что слово действительно, далеко не случайно для организма человека при известных условиях вызывая в зависимости от своего смысла и его значения, различные изменения. Иллюстрирующие это положение факты были известны давно, а в особенности факты из области учения о словесном внушении. Так, с давних пор известно, что у некоторых лиц чисто словесным воздействием как в состоянии бодрствования, так в особенности в гипнотическом сне можно вызвать такие реакции, реальность которых обычно подвергалась сомнению. Если же эти реакции были очевидными, то с научной точки зрения они последнего времени были совершенно непонятны, что делало их источником различных идеалистических толкований. К числу таких явлений можно отнести словесное внушение гипнотического сна, переживание в гипнозе различных внутренних эмоций, возникновение различных внушенных внушением чувствительности, выполнение необычных действий (например, исследование под видом яблока вкуса мела и др.).

Напомним отмеченные Н. Е. Введенским в его лекциях 1911—1913 гг. наблюдения, говорящие о том, что внушением сделанным во время гипнотического сна, может быть ускорена периферия лимфатических сосудов, расширение кровеносных сосудов или же наступление монотония раньше положенного времени. Известно, что произвольно сделать это никогда не удастся.

Однако получить вполне ясное представление о физиологических механизмах воздействия, оказываемого путем словесного внушения на происходящие в организме процессы, стало возможным лишь на основе учения П. П. Павлова о высшей нервной деятельности сумевшего объяснить, каким образом слово одного человека может вызывать влияние на процессы высшей нервной деятельности другого человека, что такое внушение, самовнушение и внушаемость, какова их роль в жизни человека, так же как в патогенезе некоторых заболеваний и в их лечении.

Нужно сказать, что понятие слово как раздражитель является безразличным для человека до тех пор пока в коре головного мозга не возникла условно-рефлекторная связь между этим словом и тем или иным безусловным раздражителем или условным раздражителем первой сигнальной системы.

Так для ребенка слово «больно» приобретает определенный смысл лишь тогда, когда оно будет хотя бы один раз сочетаться с действительной болью. Только тогда это может быть вызвана соответствующая условно-рефлекторная реакция на словесный раздражитель «больно», причем она по своему характеру будет как раз напоминать собой именно эту безусловную, т. е. болезненную, реакцию.

Иллюстрацией того, что словесный раздражитель может вызывать реакцию, напоминающую собой реакцию безусловную является следующее наблюдение, описанное еще в 1926 г. (рис. 1). Исследуемому, находя-

дущей в гипнотическом состоянии, производится укол булавкой. В ответ на ощущение боли возникает дыхательная реакция. Через некоторое время после этого реакция того же типа (в данном случае несколько слабее) возникает в ответ на одно слово: «больно» или «булавкой» (рис. 1).

Более сильная реакция дыхания образуется на слова «укол булавкой», «очень больно» (рис. 2). В этом случае минимальный укол и предшествует реальному. Так как болезненность укола была подчеркнута интонацией голоса, то и реакция проявилась сильнее. Затем, предварительно сказав, что укол безболезнен, мы в ответ на реальный укол булавкой

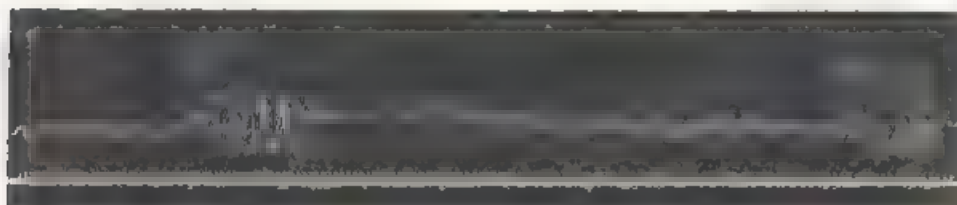


Рис. 1. Дыхание при уколе булавкой (1) и при одном произнесении слова «больно» или «булавкой» (2).

наблюдали едва заметную дыхательную реакцию. В дальнейшем после более энергичного предупреждения, что укол очень болезнен, наступает весьма сильная дыхательная реакция на тот же реальный укол. Эти данные говорят о важном значении не только смыслового содержания слова, но и о той интонации, с какой оно произносится.

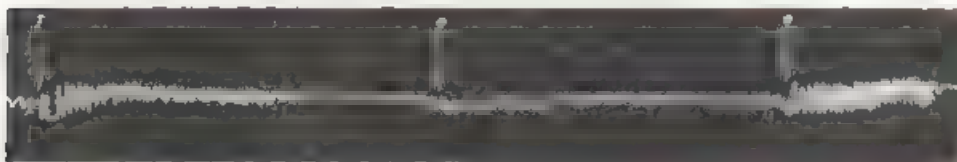


Рис. 2. Дыхание при уколе булавкой (1) и при одном произнесении слов «укол булавкой», «очень больно» (2). Рис. 3. Дыхание при уколе булавкой (1) и при одном произнесении слов «укол булавкой», «очень больно» (2). Рис. 4. Дыхание при уколе булавкой (1) и при одном произнесении слов «укол булавкой», «очень больно» (2).

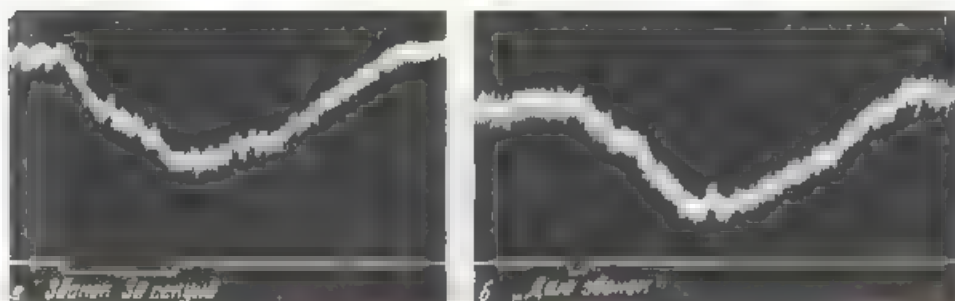
Наблюдение на другой исследуемой (III), также проведенное в гипнотическом сне, иллюстрирует то же самое, но только со стороны пульса. Как при реальном болевом раздражении, так и при одном слове «укол булавкой» пульс участился на одно и то же количество ударов, и в обоих случаях возникла одна и та же двигательная (защитная) реакция в форме отдергивания руки. В последующем на слова «боли нет» наблюдалось замедление пульса (рис. 3).

Еще более демонстративными в этом отношении являются плетизмографические исследования А. Т. Пшоника (1952), показавшие, что реакция на обычный условный раздражитель первой сигнальной системы — звонок (рис. 4,б) и свет (рис. 5,а) — в дальнейшем может быть получена и на одно словесное предупреждение: «даю звонок» (рис. 4,а) или «даю свет» (рис. 5,б), т. е. путем одного лишь словесного раздражителя, адресуемого второму сигнальной системе.

В исследованиях Р. А. Фельдбергу, Е. М. Левитус и К. М. Соколов (1953) сосудосуживающие реакции на слово «укол» у детей в ряде случаев были так же выражены, как и реакции на укол, причем у некоторых детей словесный раздражитель иногда вызывал более сильную сосудосуживающую, чем реальный укол (рис. 6).

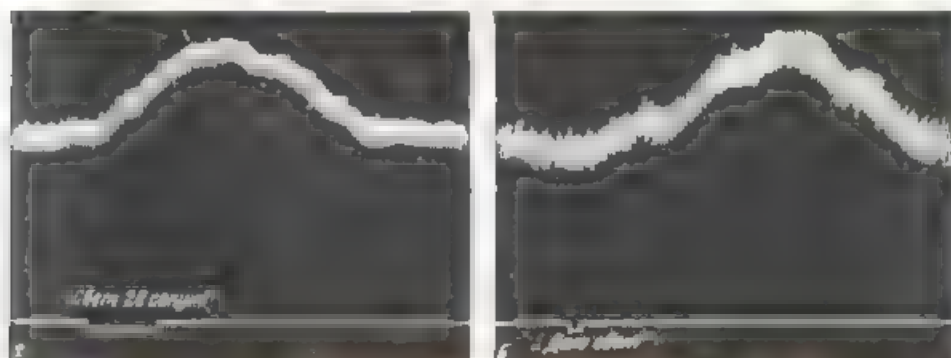


Рис. 3. Иллюстрация к задаче о минимальном количестве различных разностей

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

УНИВЕРСИТЕТ "СВ. СВЕТОСЛАВ" - ПЛОВДИВ

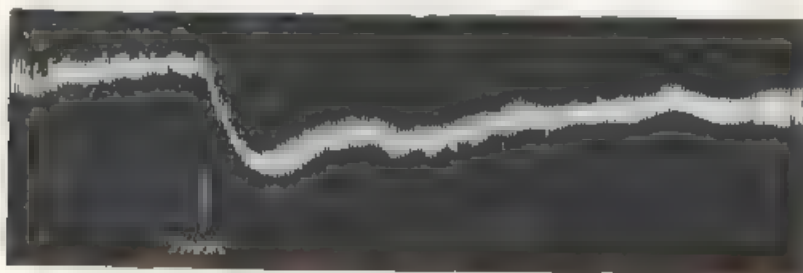


501 8-11-1953 COLLECTED BY M. S. K. S.

Ученые признали, что в настоящее время в России нет ни одного человека, способного на государственном уровне управлять экономикой страны. В то же время в стране нет ни одного человека, способного на государственном уровне управлять экономикой страны. В то же время в стране нет ни одного человека, способного на государственном уровне управлять экономикой страны.

В приведенных выше примерах такие воздействия, как свет, звук ион-соответственно подкрепляемые, являются раздражителями первой сигнальной системы, а слова «булкан», «болно» — раздражителями второй сигнальной системы. Возникновение различной реакции на слова

«булавка», «даю звонка», «больно» показывает, что слово действительно является реальным раздражителем, вызывающим такую же реакцию, какую вызывает конкретный раздражитель первой сигнальной системы. При этом смысловое значение слова того раздражителя заменяет собой действие условного раздражителя первой сигнальной системы, находящегося во временной связи с соответствующим безусловным раздражителем.



а



б

Рис. 6. Рhythмы сосудов

а — ритм сосудов на укол булавкой, б — ритм сосудов на (пронесенное) слово «Ужас» (наблюдение Г. А. Фельдбаум, И. П. Делитур и К. М. Соколов) (кимограмма)

Приведенные факты подтверждают, что слово, действительно, может вызывать ответные реакции, своему значению, а не только реакции, связанные с соответствующими воздействиями окружающей среды, сигнализируя и заменяя их («сигнал сигналов»). Исследования во словах раздражителями служат также иллюстрацией того, что известно под именем прямого, непосредственного словесного внушения, рассматриваемого И. П. Павловым как «наиболее углубленная и типичная форма рефлекса человека». Следовательно, в основе явления внушения лежит условнорефлекторный механизм, а процесс внушения получает объективное, физиологическое обоснование. То же можно сказать и в отношении само внушения, когда слово может вызывать определенные реакции и без произнесения или написания его, выступая в этом случае как «внутренняя речь», представляющая процесс «специально человеческого, высшего мышления» с его отвлечениями и обобщениями.

Итак, слова, звуки и св. сигналы можно воздействовать на высшую нервную деятельность человека исключительно мощным и играющим

«ущественную роль в индивидуальной и общественной жизни человека является слово».

Учение И. П. Павлова о двух сигнальных системах действительности, естественно, должно остановить внимание исследователей на слове как на одном из важнейших факторов высшей нервной деятельности человека. Поэтому неслучайно интерес к физиологическим механизмам, лежащим в основе воздействия, оказываемого на человека словом, так же как и к психологическим связям с этим фактором в специальных лабораторных исследованиях.

Первым экспериментальным исследованием в этом направлении была работа В. Васильевой (клиника В. М. Бехтерева, 1913), впервые применившей по двенадцатилетней методике «словесный (условный) рефлекс» на двинной раздражитель в сочетании с электрическим звуком «звонок». При выработке этого рефлекса словесное раздражение и звук применялись одновременно с раздражением электрическим током верхней конечности исследуемого, длившимся в течение одной секунды и вызывавшим защитную двигательную реакцию. Было отмечено, что условный рефлекс на сумму этих двух условных раздражителей — звонок + слово «звонок» — возник уже в первом сеансе. А в дальнейшем рефлекс начал появляться и на отдельные его компоненты, как на один звонок, так и на произнесение произнесенное слово «звонок». Таким образом, был получен не только условный (двигательный) рефлекс на слово. Нужно отметить, что возникавшая при этом двигательная реакция на один словесный раздражитель была достаточно стойкой и проявлялась без подкрепления током в течение пяти сеансов подряд. Иначе говоря, образовался стойкий двигательный условный рефлекс на один словесный раздражитель.

Конечно, для двигательного анализатора исследуемого слово «звонок» имело значение безусловного раздражителя, тем не менее, вначале отсутствовала двигательная реакция, пока, наконец, совмещение слогов «зво-нок» не вошло в связь с корой мозга исследуемого с определенными пунктами двигательного и слухового анализаторов. Лишь с этого момента слово «звонок» приобрело для его вершинной системы новое качественное значение раздражителя, сигнализирующего собой воздействие электрического тока.

С 1914 г. словесным раздражителем начали пользоваться для замены безусловных раздражителей сначала в лаборатории В. М. Бехтерева (К. И. Платонов, 1914; В. Васильева, 1913; Н. М. Щелованов, 1920; В. Н. Мяснищев, 1926), затем в лаборатории В. П. Протопопова. В настоящее время исследование условных рефлексов по речевой методике проводится в лабораториях А. Г. Иванова-Смоленского, Н. И. Краспогорского, К. М. Быкова, Ф. П. Майорова и др.

В последние годы А. Шварц (1948, 1949) экспериментально установила, что условным раздражителем второй сигнальной системы является не только слово, но и его значение, а не только звуковая форма, но и его семантика. При этом характер корковой реакции на семантику и фонетику слова может свидетельствовать о характере взаимоотношений между вторичной и первичной системами. Что же касается механизмов образования условных рефлексивных связей на слово, то первоначально возникающая условная рефлексивная связь на фонетику (звучание) слова в дальнейшем переходит, в то время как на семантику (содержание) слова она упрочивается.

Так, в исследованиях Л. А. Шварц при снижении тонуса коры мозга, получавшемся путем воздействия на периную систему хлоралгидрата, условный рефлекс в первую очередь ослаблялся на смысловое значение слова, а затем уже на его звуковую

обрат, и, наоборот, угасший условный рефлекс на сходное слово в этих условиях вновь растормаживался.

Сочетаясь в индивидуальной жизни человека с теми или иными раздражителями и образуя таким образом первичные, а затем вторичные и более сложного порядка ценные рефлексы (условно-условные рефлексы, по терминологии А. Г. Иванова-Смоленского), слово приобретает характер весьма многостороннего комплексного раздражителя второй сигнальной системы, в отдельных случаях способного оказывать на кору мозга весьма мощное общее и специальное воздействие.

При этом для всей вообще словесной сигнализации специфично, как это я свое время подчеркнул А. Г. Иванов-Смоленский, обобщение слов слышимого, видимого и произносимого в единую корковую динамическую структуру, связанную с обозначаемым им предметом.

Кроме того, еще раньше В. П. Протазановым (1921) было показано, что словесный раздражитель может способствовать облегчению и ускорению образования нового условного рефлекса, если к новому условному раздражителю присоединить известное последующему и а з в а н и е этого раздражителя. Тем самым слово, обозначающее название данного предмета и являющееся упрощенным натуральным условным раздражителем, может служить сильным подкреплением для нового условного рефлекса.

Исследованиями О. П. Капустник (1930), В. К. Фадеевой (1934), Л. И. Котляревского (1934), Л. Е. Ховак (1933) и др., проводимыми в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского у детей, установлено, что временные связи, образующиеся в первой сигнальной системе, получают свое вербальное, словесное отражение во второй сигнальной системе и наоборот.

Обозначая раздражители и ответы на них соответственно буквами Н — непосредственные (т. е. первосигнальные) и С — словесные (второсигнальные), указанные выше авторы устанавливают такую последовательность возникновения временных связей. раньше всего образуются связи между непосредственными (т. е. неречевыми) внешними или внутренними раздражениями и непосредственными же (т. е. неречевыми) ответными реакциями (связи Н → Н). Затем к ним присоединяются связи, возникающие между словесными воздействиями и непосредственными реакциями (связи С → Н). Еще позднее образуются связи между непосредственными раздражениями и словесными ответными реакциями (связи Н → С). И, наконец, наиболее поздней и высшей формой связи являются связи между словесными воздействиями и словесными же ответами (связи С → С). Таким образом, в первом случае условная связь целиком осуществляется в пределах первой сигнальной системы, в последнем она начинается и заканчивается во второй сигнальной системе, во втором, — начинаясь во второй сигнальной системе, она выходит по эффекторный путь первой сигнальной системы, а в третьем случае, наоборот, начинаясь в первой сигнальной системе, заканчивается во второй (А. Г. Иванов-Смоленский, 1949). Все это отражает неразрывную связь между первой и второй сигнальной системой и их взаимодействие.

Другой не менее важный путь их периметально-физиологического исследования слова — последовательный лабораторно-клинический анализ тех реакций, какие слово может вызывать со стороны высшей нервной деятельности человека. Как известно, еще с давних времен общепризнано, что при некоторых условиях одним словесным воздействием можно вызвать у человека сильнейшую эмоциональную реакцию, которая может оставить след во всей его последующей жизни и деятельности. Недаром говорят, что «словом можно убить человека и словом можно оживить его».

Точно так же издавна известно, например, что при определенных условиях прямым воздействием слова «спать» можно человека усыпить, т. е. вызвать в его организме ту огромную перестройку, какую влечет за собой переход его в физиологическое состояние сна.

Отсюда следует, что изучение физиологических изменений, вызываемых в организме человека путем прямого словесного воздействия, составляет для исследователя весьма важную задачу. Однако исследований такого рода и в нашей стране и за рубежом было выполнено не столько много.

Так, изменения со стороны пульса и дыхания, возникающие при переходе человека из бодрствующего состояния в состояние внутреннего сна, впервые были объективно зарегистрированы Э. А. Гизе и А. Ф. Лазурским (1900); реакции пульса и дыхания, возникающие у исследуемого при внушаемых ему в гипнотическом сне эмоциональных переживаниях, были впервые записаны А. Ф. Лазурским (1901); объективные признаки изменения кожной болевой чувствительности, вызываемого путем соответствующего словесного внушения, производимого во время гипнотического сна, были получены В. М. Бехтеревым и В. М. Нарбутом (1902); объективные данные реакций со стороны пульса и дыхания в этих же условиях были получены В. М. Бехтеревым (1902).

За рубежом в 80-х годах прошлого столетия исследования в этом направлении были произведены гансийским физиологом Бони (Bonalis, 1889), был установлен факт влияния в бодрствующем состоянии путем словесного воздействия на частоту пульса (ускорение и замедление его). Далее, в исторической последовательности надо указать на работы О. Фогта (O. Vogt), изучавшего (в 90-х годах) реакции со стороны сосудов и двигательной системы, возникающие в ответ на словесное внушение производимое в гипнотическом состоянии. Нужно отметить также исследования Вебера (Weber, 1910), Мора (Mohr, 1910) и др., пользовавшихся гипнотическим состоянием для словесного внушения различных представлений и эмоциональных состояний, причем объективными показателями служили реакции со стороны дыхания, сосудов и двигательной системы. Но все эти исследования не носили систематического характера и были недостаточны для того, чтобы изучаемые явления и факты можно было признать твердо установленными. Кроме того, и физиологические механизмы их развития также оставались непонятными.

Все это побудило нас провести в этом направлении ряд систематически поставленных лабораторных исследований. При этом мы изучали главным образом вегетативные реакции как наиболее объективные.

Эти исследования мы проводили у лиц обоего пола, преимущественно легко внушаемых, с быстро развивающимся состоянием внутреннего сна и с легкой реализацией разнообразных словесных внушений как в этом состоянии, так отчасти и в состоянии бодрствования (так называемые сомнамбулы)¹.

За исключением одного больного аффективной эпилепсией, ни один из наших исследуемых не был отягощен какой-либо патологической симптоматикой. Он был 32 лет, не страдал каким-либо заболеванием и была известна нам в течение 20 лет. Она обладала вполне уравновешенной психикой, не страдала никакими психическими заболеваниями, не имела никаких психических реакций на словесное внушение. Словом, ни одно из исследуемых нами лиц не

¹ От лат. somnus — сон, ambulare — гулять; сомнамбулизм — буквально «снохождение»; в переносном смысле — легкая способность впадать в сомнамбулическую фазу психического состояния, которую можно считать в том числе и состоянием разнообразных реакций на словесное внушение.

принадлежало к той категории «глубоких истериков», только у которых, как ошибочно принято думать, могут вызываться всякого рода гипнотические феномены.

При этом мы исходили из того, что чисто эмпирически возникшее в свое время представление о человеческом «гипнозе» или внушенном сне в наши дни получило исчерпывающее экспериментальное подтверждение в учении И. П. Павлова, в котором учение о гипнозе тесно связывается с учением о сне.

Основываясь на этих положениях И. П. Павлова, мы предприняли попытку получить экспериментальные доказательства того, что слово как условный раздражитель, действительно, может производить в состоянии человеческого организма изменения, соответствующие его содержанию. В частности, словом «спать» кора мозга человека может быть приведена в состояние частичного торможения, отвечающего состоянию внушенного сна, при котором в организме человека действительно вызываются значительные эндокринно-вегетативные сдвиги, аналогичные тем, какие имеют место при переходе его в состояние естественного сна.

Однако прежде чем мы перейдем к систематическому изложению этих данных, мы должны будем предварительно остановиться на специальном рассмотрении основных положений учения И. П. Павлова о сне и внушении.

Решение покой И. П. Павлова проблемы сна и гипноза, с одной стороны, и гипноза и внушения — с другой, является одним из наиболее ярких ее достижений.

ГЛАВА II

СОН, ГИПНОСТИЧЕСКИЕ ФАЗЫ, ВНУШЕНИЕ

...никакой противоположности между бодрствованием и сном, которую мы обыкновенно привыкли себе представлять, не существует... Очевидно, что все часто поражающие явления человеческого гипноза есть вообще понятный результат того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы

И. П. Павлов

Как известно, свою корковую теорию сна И. П. Павлов построил на материалах, добытых при наблюдении за развитием инстинктов и на чуждых животных (собак) по прямым опытам с условными рефлексами. Основываясь на своих многочисленных экспериментальных данных, И. П. Павлов пришел к выводу, что в возникновении сна главную роль играет высший отдел центральной нервной системы, а именно — кора больших полушарий. Причем известно, что «то «центра сна» не существует».

При этом если в бодрствующем состоянии при нормальном рабочем возбуждении клеток коры мозга создаются условия, ведущие к истощению раздражимого вещества клеток, то процесс возбуждения сменяется расслаблением в них противоположным процессом торможения, при котором работа коры постепенно снижается и она начинает восстанавливаться. Тем самым внутреннее торможение предохраняет клетки коры мозга от дальнейшего функционального истощения. По мнению И. П. Павлова, «главным толчком к снижению и переключению клеток с процесса возбуждения на процесс торможения, а следовательно и к сну, является процесс, который не только ограничивает дальнейшее функциональное раздражение, но и способствует восстановлению истраченного раздражимого вещества».

Значение торможения как восстановительного фактора особенно подчеркнуто работами Г. В. Фелдберга (1951) и его сотрудников. Занимаясь вопросом взаимоотношения между процессами истощения и восстановления, он пришел к выводу, что развитие процессов торможения, «несомненно, способствует ускорению восстановления».

Естественный сон и есть именно такое развитое по всей коре мозга внутреннее торможение: внутреннее торможение и сон — одно и то же, один и тот же процесс, причем «... сон, — говорят И. П. Павлов, — есть торможение, распространившееся на большие районы полушария, на все

полн и при и также низки на судили мозга. Так как внутреннее торможение является активным процессом, то развивающийся в этих условиях сон И. П. Павлов называет активным сном.

Причиной, прямым образом приводящей к развитию сна, И. П. Павлов считает накопление в корковых клетках продуктов обмена. И. П. Павлов отмечает, что как внутренним раздражителям торможения принадлежит гуморальный элемент, следовательно, какие-нибудь продукты работы клеток², которые и вызывают это торможение. Однако, как показали исследования, проведенные в лабораториях И. П. Павлова, сон может возникать и при других условиях. Так, возникновению и развитию сонного торможения благоприятствует отсутствие внешних и внутренних раздражений, могущих создавать в коре мозга пункты возбуждения и этим препятствовать распространению по коре мозга тормозного состояния.

Таким образом, если тормозной процесс не встречает сопротивления со стороны раздражительного процесса, он «разливается по большему полушарию и переходит в нижние части мозга, обуславливая полное пассивное, сонное состояние...»³. Сон, возникающий в этих условиях, И. П. Павлов называет пассивным сном.

При отсутствии в коре мозга сильных очагов возбуждения спонтанными агонтиями могут стать слабые монотонные раздражения одного из ее анализаторов. Особенно действительны в этом отношении, как показали исследования лаборатории И. П. Павлова, слабые тактильные и температурные раздражения.

В самом деле, как мы знаем, монотонное, длительное, ритмическое звуковое колебательной несим. тикание часов, шелест деревьев, ритмическое и длительное раздражение слабым источником света или же длительное потягивание рта, как сонное состояние и при длительном внутреннем раздражении, потягивание какой-либо части тела — все это неизменно способствует развитию сонного торможения в раздражаемых корковых клетках. Отсюда тормозное состояние распространяется на соседние корковые клетки, постепенно охватывая собой всю кору, вызывая сонное торможение всей массы больших полушарий и подкорки.

И. П. Павлов считает, что в силу этого все люди, а особенно не имеющие спонтанной внутренней жизни, при односторонних раздражениях так бы это и было шуместно и несвоевременно, неодолимо впадают в сонливость и сон. При этом состояние сна, возникшее в одной или группе клеток, не остается только в ней, а распространяется и захватывает по только полушария, но спускается и в нижние отделы головного мозга. Такое состояние есть состояние полного сна в отличие от сна частичного, о чем мы будем говорить дальше.

Особенно сильное развитие торможения вызывается тем сильнее, чем больше по тем или иным причинам ослаблен тонус коры мозга. Физиологический механизм этого явления заключается в том, что корковые клетки, реагирующие на длительно действующий внешний раздражитель, рано или поздно переходят в тормозное состояние. Не встречая противодействия со стороны других деятельных пунктов коры, тормозной процесс распространяется и обуславливает сон.

Следует подчеркнуть, что даже в условиях полного бодрствования раздражительное состояние одних клеток коры мозга постоянно связано с тормозным состоянием других. Отдельные участки коры мозга, нахо-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 246.

² Там же, стр. 482.

³ Там же, стр. 264.

дись в том или другом состоянии, составляют едую и подвижную мозаику, причем также мелкие участки торможения создают подвижной локальный «мелко раздробленный» сон. При наличии же в коре мозга более или менее обширных тормозных участков (и лишь отдельных бодрствующих пунктов или районов среди них) создается состояние частичного сна. Таким образом, И. П. Павлов различает три степени распространенности (экстенсивности) сна: полный, частичный и мелко раздробленный.

В заключение следует отметить, что к числу световых факторов принадлежит также длительное ограничение свободы движений. Так, некоторые собаки в лабораториях И. П. Павлова, стоя в течение длительного времени неподвижно привязанными в станке, вскоре после начала опыта засыпают. В некоторых же случаях наоборот, сонное торможение может развиваться под влиянием коротких и сильных раздражений. Как это описывает сам И. П. Павлов (1927), при сопротивлении животного во время дрессировки к опыту стремительное ограничение движений сильными руками, при прищипывании ему ажитированного механического раздражения, сейчас же повело к полному сну животного. Очевидно, в данном случае возбуждение сна связано с механизмом запредельного торможения (аналогия с «данным гипнозом» животных).

Что же происходит в противоположном случае — при переводе sleeping человека в бодрствующее состояние?

Ответ на это мы находим у И. П. Павлова: «...для того чтобы исключить сон, надо ограничивать торможение встречаемыми раздражителями»¹. Ибо бодрое состояние поддерживается падающими на большие полушария, главным образом из внешнего мира, и более или менее быстро сменяющимися раздражениями...»². В силу этого бодрствование представляет явление более или менее обширной иррадиации в коре мозга раздражительного процесса, в подвижной концентрации его в определенных пунктах и областях коры, т. е. в механизме запредельного торможения.

Рассмотрим еще одно явление — условнорефлекторный сон, имеющий для нас особое значение. Все, что многократно совпадает с развитием сна, само начинает способствовать его возникновению. Так, некоторые лабораторные животные, ежедневно находясь во время опыта в одном и том же помещении и засыпая в станке, на следующий день тотчас же засыпали, как только их вновь приводили в ту же комнату и ставили в станок. По свидетельству И. П. Павлова, собаку гипнотизировала уже одна обстановка: очень живое, подвижное животное, как только оно переступало порог комнаты, уже становилось совершенно другим, причем сонное состояние усиливалось, когда эту собаку ставили в станок и приготавливали к опыту. И таким образом, сон вызывается не только раздражением коры мозга условнорефлекторным путем, без ее предварительного утомления.

Об этом свидетельствуют также опыты В. А. Крылова в лаборатории И. П. Павлова (1925): повторно вводя в течение ряда дней в прямую кишку собак теплый раствор световорной дозы хлоралидрата, последний вызывал у них таким путем глубокий сон. После нескольких процедур уже одно введение препарата вызывало сон. В дальнейшем, когда препарат вводился в одну процедуру приготовления к введению воды стала вызывать у собак сон. В других случаях сон вызывался не только раздражением, бывших до этого индифферентными (в первом случае — обстановка опыта, во втором — вода и процедура).

¹ И. П. Павлов. Труды, выпущенные Институтом физиологии Академии наук СССР, т. 1, стр. 44.

² Там же, стр. 236.

Таким образом сон возникал по условнорефлекторному механизму и без предшествующего утомления корковых клеток, причем в результате сочетания слуховых раздражителей с индифферентными последние приобретали все свои два свойства. А. Г. Иванов-Моленский (1923) сочетал слуховые раздражители (длительные ритмические, световые, тепловые) с режисс-авансом, после чего возникал условный, сложный рефлекс на резкий звук.

Итак мы видим, что слуховые условные раздражители могут быть самыми разнообразными, причем переход к состоянию сна и выход из сонного состояния могут происходить по механизму условного рефлекса. У человека это происходит, например, в виде привычки засыпать в определенной обстановке, в определенное время, в определенной постели. Известно, что ребенок, привыкший засыпать на руках матери, долго не может заснуть в постели или на руках другого лица и т. д. У взрослого человека перед сном представление о привычной обстановке действующей обстановке может при соответствующем условии вызвать наступление сна.

Согласно учению И. П. Павлова, сон и торможение может быть частичным как по глубине, так и по степени распространения, разнаясь лишь в ограниченных участках коры мозга. Одна часть коры может находиться в состоянии бодрствования, а другая — в состоянии сонного торможения, например, при переходном состоянии от бодрствования ко сну.

У собак в условиях лабораторных исследований, приобщающих к развитию у них гипнотического состояния, различная экстенсивность торможения проявляется, например, в форме расхождения между секреторными и двигательными компонентами пищевого рефлекса. Так, при условном раздражении (вид и запах пищи) слюна обильно течет, а собака не берет пищу. Здесь частичность сна выразилась в заторможенности двигательной функции при сохранении секреторной. Частичность сна может выразиться и в том, что распространение торможения ограничивается только одной корой, не спускаясь ниже в подкорковую область. Это ведет к явлениям каталепсии, как известно, выражающейся в том, что всякое положение, придаваемое телу под влиянием каталептики животного или человека, несомненно долгое время остается неизменным.

Со стороны экстенсивности распространения торможения частичность сна наиболее ярко представлена в эксперименте Б. Н. Бирман (лаборатория И. П. Павлова, 1925).

У собаки был образован пищевой условный рефлекс на строго определенный звук органной трубы в 256 колебаний в секунду, от которого звуки иной частоты колебаний были отстранированы. Под влиянием длительного дифференциального торможения собака глубоко засыпала, совершенно не реагируя на те или иные органы звуковые раздражители. Не слышав трубы и т. д. колебаний она протыкала и брала пищу. Определенный звук трубы явился таким образом, сигналом к возбуждению и приему пищи, причем выработанная в бодрственном состоянии строго дифференциальная условнорефлекторная реакция на этот сигнальный раздражитель сохранялась также во время сна.

Таким образом, образовался бодрствующий участок коры мозга, названный И. П. Павловым «сторожевым пунктом». Поддерживая индугируясь под влиянием тормозного состояния окружающих участков коры мозга, этот сторожевой пункт находится в состоянии повышенной возбудимости («под влиянием натиска торможения», по выражению И. П. Павлова), чем и обеспечивается поддержание связи его с внешней средой.

Этим делом физиологически объясняются многим известным и новым фактам. Мы знаем, например, что утомленная мать, спящая глубококом

у постели больного ребенка, безразличная даже к сильным звуковым раздражениям, легко прерывается от малейшего звука, который издает ее ребенок. Мелыш, спящий спадил при нормальном шуме работающей мельницы, тотчас же просыпается, как только мельница начинает работать. Нахлестку (при этом изменение в шум колес мельницы является сигналом для бодрствующего «сторожевого пункта» коры это может и необходимости заснуть новую порцию зерна). Человек, заснувший вечером с мыслью проснуться утром в определенном часу, действительно, в этот час и просыпается. Все это — явления одного и того же условнорефлекторного порядка, случаи частичного сна с бодрствующим в мире мозга «сторожевым пунктом». При распространении сонного торможения и на этот бодрствующий очаг, конечно, тотчас же связь с внешним миром теряется и частичный сон переходит в полный.

Как известно, в мире животных явление «сторожевого пункта» нередко обеспечивает безопасность животного во время сна. Так, по наблюдениям Л. А. Орбеа (1933), когда моллюск осматривает глыбу, сама его ищет обвиваются вокруг глыбца, в то время как всякая другая остается выпрямленной. Если движущаяся ищет, реагирует на падающие извне раздражения. При этом какое-либо прикосновение к ней тотчас же пробуждает животное и последнее немедленно выпускает черную краску и вообще проявляет активную защитную реакцию.

В других случаях сон стада охраняется сторожевым животным, чутко реагирующим на все сигналы внешней опасности. При этом, если сторожевое животное издает особый звук, стадо тотчас же пробуждается и собирается в «стадо», в то время как все другие звуки и шорохи, хотя бы и громкие, не тревожат спящего стада (В. П. Моравский 1923). Таким образом, явление частичного сна, охраняемого «сторожевым пунктом» приобретает биологически важное значение, обеспечивая необходимую связь спящего животного с внешней средой.

Как примеры частичного по экстенсивности сна можно привести случаи сна при ходьбе, при езде верхом, а также патологическое ночное снохождение.

Обобщая все сказанное по этому вопросу, И. П. Павлов отметил, что «парциальная сон постоянно участвует в бодром состоянии животного, и именно в тончайших соотношениях его с внешним миром», причем «в сонном состоянии всегда есть бодрое, деятельные пункты в больших полушариях, как бы дежурные, сторожевые пункты»¹.

Так известно, писал И. П. Павлов, было открыто еще одно важное явление, состоящее в том, что при переходе корковых клеток из деятельного состояния в тормозное торможение возникает в них не сразу, а постепенно. Прежде чем наступит полное торможение, в клетках наблюдается ряд промежуточных (фазных) состояний «стационарных», на которых происходит их тормозного процесса. Это же имеет место и при обратном переходе их из тормозного состояния в деятельное. И тем открыта весьма важная сторона, не только «клеточная физиологическую сущность гипноза животных и человека, но, как будет видно из последующего изложение, и позволяющая дать физиологическое обоснование ряда нормальных и патологических явлений высшей нервной деятельности.

При развитии таких переходных состояний между бодрствованием и сном наблюдается изменение «тишина» корковых клеток к условным раздражителям, стоящее в зависимости от степени их заторможенности. В то время, как в бодрствующем состоянии при нормальном тонусе коры

¹ И. П. Павлов, «длительный опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных», Медгиз, 1951, стр. 230.

мозга, сила возбуждения корковой клетки соответствует силе раздражителя (закон силовых отношений), при возникновении переходных состояний этот закон нарушается. Так, во время уравнительной фазы слабые и сильные раздражители начинают вызывать равные по силе реакции. В следующей переходной фазе слабые раздражители вызывают сильную реакцию, а сильные — слабую (или даже совсем не вызывают никакой реакции). Эту фазу И. П. Павлов называл парадоксальной. За этой фазой следует ультрапарадоксальная фаза, при которой отрицательные условные раздражители начинают вызывать положительную реакцию корковых клеток, а положительные — реакции не вызывают. При еще более глубоком торможении корковых клеток возникает так называемая паритетическая фаза, когда при сохранении силовых отношений имеется одинаково ослабленная реакция на все раздражители.

Наконец, при полном торможении корковых клеток, отвечающем состоянию глубокого сна, реакции на все обычные раздражители полностью отсутствуют. В этом случае для пробуждения спящего оказывается необходимым применение различных, но сильных раздражений (толчки, сильный окрик и т. п.).

Возникая при засыпании или, наоборот, пробуждении, фазовые состояния могут распределиться по коре мозга неравномерно, локализуясь то в одних, то в других ее участках. Такие переходные фазовые состояния И. П. Павлов назвал «гипнотическими».

Наличие фазовых состояний в условиях гипнотического сна у человека доказано по методу условных рефлексов работами Ю. А. Поворинского и Н. Н. Трудотт (лаборатория А. Г. Иванова-Смоленского, 1936), серией исследований Н. И. Красногорского (1951), работами лаборатории Ф. П. Майорова (1939). Следует отметить, что, по Н. И. Красногорскому (1951), фазовые состояния могут локализоваться в отдельных анализаторах при общей оптимальной возбудимости коры.

С гипнотическим (фазовым) состоянием коры мозга тесно связаны явления внушения и внушаемости, иногда наступающие в жизни человека немаловажное значение.

Мы встречаемся с двумя фактами: с возможностью воздействия на высшую нервную деятельность человека словесных внушений от другого человека и с возможностью самовнушений, могущих при определенных условиях получать преобладающее, незаконное и неподлинное значение (И. П. Павлов).

В самом деле, каковы же физиологические механизмы, лежащие в основе словесного внушения или самовнушения?

Как отмечает И. П. Павлов, внушаемость основана на легком переходе в тормозное состояние корковых клеток. Основным механизмом внушаемости связан с разорванностью нормальной, т. е. объединенной, работы всей коры. Поэтому внушаемое не подвергается обычным влияниям со стороны остальных частей коры.

Таким образом, нужно считать, что основным физиологическим условием внушаемости является снижение тонуса коры больших полушарий и это объясняется при том функциональным разрывом, что имеет место в деятельности.

По классическому определению И. П. Павлова, в основе явления внушения и самовнушения лежит концентрированное возбуждение в больших полушариях в форме сосредоточенного раздражения или сосредоточенного преобладающего значения. «Оно существует и действует, т. е. переходит в движение, в тот или иной двигательный акт, — говорит И. П. Павлов, — не потому, что оно поддерживается всяческими ассоциациями, т. е. связями со многими настоящими и давними раздражителями,

ощущениями и представлениями, тогда это твердый и разумный акт, как полагается в нормальной и сильной коре, а потому, что при слабой коре, при слабом, низком тоне оно как концентрированное сопровождается сильной отрицательной индукцией, оторвавшей его, изолировавшей его от всех посторонних необходимых влияний (разрядка наша. — К. Н.)¹

Нужно иметь в виду, что в состоянии гипноза кора больших полушарий, вследствие иррадиированного торможения, отличается пониженным положительным тоном. Когда на такую кору в определенный пункт как раз (акт) направляется слово, приказ гипнотизера, то этот раздражитель концентрирует раздражительный процесс в соответствующем пункте и сейчас же сопровождается отрицательной индукцией, которая благодаря малому сопротивлению распространяется на всю кору, почему слово, приказ является совершенно изолированным от всех влияний и делается абсолютным, неодолимым, роковым образом действующим раздражителем, даже и потом, при возвращении субъекта в бодрое состояние (разрядка наша. — К. Н.)²

В свете этих назловских определений получают новое понимание прежние высказывания психоневрологов. Так, в свое время В. М. Бехтерев (1898), отмечая, что способами воздействия одних лиц на поведение других является личный пример, прямой приказ, убеждение и внушение, писал, что «вопреки словесному убеждению, обыкновению действующему на другое лицо силой своей логики и непреложными доказательствами, внушение действует путем непосредственного призывания... ядой, чувствования и ощущений, и преложения, ощущениях, сила, которая действует в логике». В. М. Бехтерев считал, что это может происходить как намеренно, так и не намеренно и может осуществляться «иногда совершенно незаметно для человека, воспринимającego внушение»; иногда же происходит с его ведома и «при более или менее ясном его сознании». В случае же ограниченности у данного лица жизненного опыта и практических знаний применение каких-либо логических убеждений обычно не достигает цели, в то время как прямое словесное внушение, так же как и прямой приказ, в таких случаях «почти всегда действует верно».

Далее В. М. Бехтерев подчеркивал, что если намерение внушить в бодрствующем состоянии «в более или менее резко выраженной степени удается далеко не у всех», то совершенно другое наблюдается, когда налицо совершенно невольное внушение, производимое при естественном общении одного субъекта с другим. Это повольно производимое внушение «происходит незаметно для лица, на которое оно действует, а потому обыкновенно я не вызывает с его стороны никакого сопротивления». Правда, по словам В. М. Бехтерева, оно редко действует сразу, чаще же медленно, но зато «верно укрепляется» в психической сфере.

Вместе с тем, по В. М. Бехтереву, «внушение или призывание психических состояний играет особую видную роль в нашем воспитании», но крайней мере до тех пор, пока развивающееся мышление ребенка не позволит ему усваивать логические выводы не менее, нежели готовые продукты умственной работы других.

По П. Дюбуа (P. Dubois, 1911), внушаемость «определяет то или иное влияние на все наши поступки, придает ту или иную окраску нашим ощу-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 376—377.

² Там же.

щениям, служит источником постоянных иллюзий, предохранить себя от которых является крайне трудной задачей даже при всем возможном для нас напряжении ума».

Ю. Б. Кенигсвич (1929) отмечает, что о внушении можно говорить лишь в том случае, когда данные требования при обычных условиях встретились бы с сопротивлением, ощущая подвергнуто критике, между тем как теперь оно осуществляется слепо, благодаря тому, что в психо-психическом аппарате человека наступила задержка всех противоположных тенденций. Вызвать в человеке такую задержку, заставить его действовать, не рассуждая, — и означает сделать внушение (разрядка наша.— К. П.)

Внушаемость выражает не в большей или меньшей подчиняемости высшей нервной деятельности относительно человека словесным в действительном другом человека, осуществляемой, однако, не на основе доводов разума, логической мотивации, а путем совершенного безотчетного подчинения подсказкам. Сам человек в таких случаях не отдает себе ясного отчета в такой подчиняемости, продолжая считать свой образ деятельности результатом своей собственной инициативы. Тем не менее внушаемость составляет одно из нормальных проявлений высшей нервной деятельности человека. Однако чрезвычайная внушаемость, при которой критическое сознательное действие человека с его «доводами разума» противопоставляется «незаконное и непреодолимое» (И. П. Павлов) преобладанию словесного воздействия другого лица представляет уже явление аномальное.

При этом повышенная внушаемость является признаком относительной слабости критики и недостаточности суждения (логического мышления), т. е. снижения функции второй сигнальной системы на фоне сниженного под влиянием тех или иных причин тонуса коры мозга.

Таким образом, в картине внушаемости проявляется одна из важных особенностей деятельности второй сигнальной системы коры мозга человека — повышенная восприимчивость к прямому воздействию на нее слова.

В связи с особенностью внушенного сна является возникающая в этом состоянии повышенная внушаемость, т. е. повышенная возможность образования в коре мозга под прямым воздействием словесных внушений соответствующего содержания, новых образов концентрированного раздражения, новых временных связей новых динамических структур и, естественно оживления (или наоборот, угнетения) старых связей и групп.— И. П. в этом отношении внушаемого состояния, восприятия, действия) происходит без активной, т. е. критической, переработки всего таким путем воспринимаемого, ассимилируемого и выполняемого.

Внушение вполне возможно и в совершенно бодрствующем состоянии, так как есть лица, у которых внушения могут быть произведены в бодрствующем состоянии так же легко, как и в состоянии гипноза.

Наконец, существенное значение имеет парадоксальная фаза. Известно, что И. П. Павлов парадоксальную фазу называл «фазой внушения», «Я думаю,— говорил он,— что наша парадоксальная фаза (у лабораторных собак — К. П.) есть действительный аналог совершенно интересной фазы человеческого гипноза — фазы внушения, когда сильные раздражения реального мира уступают место слабым раздражениям, идущим от слов гипнотизера» (разрядка наша.— К. П.)¹.

Иллюстрацией значения сниженного положительного тонуса коры

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 282.

мозга, способствующего повышенной внушаемости, может служить исследованием С. П. Левиной (1934) в отношении детской клички «К. П. Красногогорского» по методу условных рефлексов. Словесное внушение «яблоко» в состоянии внушенного сна вызывало у детей вдвое и даже большее выделение слюны, чем то же внушение, производимое в бодрствующем состоянии.

Иллюстрацией же значения парадоксальной фазы повышенному может служить только один из наблюдений, относящийся к другим условиям (глава VII).

Повышенной внушаемости в условиях парадоксальной фазы И. П. Павлов придает значение и понятием «жизни». «Мне бы хотелось сказать себе, — говорил он, — что она же (парадоксальная фаза, — К. П.) дает себя знать и в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактам окружающей действительности»¹.

Наконец, для реализации словесного внушения особенно важное значение имеет и слово в содержании слова, его семантика: многообъемлемость слова, — говорил И. П. Павлов (1927), — делает понятным то, что внушением можно вызывать в гипнотизируемом человеке так много различных действий, как в нормальных людях, так и в аномальных, так и в «чуждом» мире человека»².

Отсюда ясно, что для второй сигнальной системы понятие силы раздражителя в конечном счете определяется социальным (смысловым) значением слова, создавшейся в условиях прошлого жизненного опыта данного человека. А со стороны физиологической стороны — это определяется степенью снижения тонуса (рабочего возбуждения) коры мозга в данный момент.

Следует отметить, что сниженный тонус коры мозга может быть обусловлен не только развитым сонным торможением, но и таким общим фактором, как слабость или ослабленность той нервной системы, которая воспринимает, истощением некоторых клеток, длительной отрицательной эмоцией, особенно если связанное с ней внимание постоянно клеток коры мозга длилось в течение значительного времени.

По этому поводу И. П. Павлов (1927) замечает: «то, что психологически называется страхом, трусостью, боязливостью, имеет своим физиологическим субстратом тонус ее коры и в этих случаях она представляет различные степени пассивно-оборонительного рефлекса, который находится «в определенной связи с гипнотическим состоянием»³, часто едва отличимым от бодрствующего состояния, т. е. без всяких внешних проявлений гипнотического сна.

Противоположное внушению оказывает более или менее обобщенная работа всей коры мозга, ее высокий тонус и наличие жизненного опыта, опирающегося на твердые проверенные знания и на действия, апробированные практикой.

Таким образом, внушаемость не безусловна, а условна, не стабильна, а в высокой степени динамична. При этом, помимо упомянутого, имеют большое значение типовые особенности нервной системы, еще не до конца изученные.

Следует отметить, что необходимо разграничивать чуждое сознательным восприятием слова и с его внушающим воздействием. Помимо упомянутого, двумя иными указаниями на необходимость разграничения

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 358.

² Там же.

³ Там же, стр. 339—340.

понятий *внушения* (*suggestion*) и *убеждение* (*persuasion*), которые до него обычно смешивали. Докажем, что, по Форелю, *внушение* есть искусственно вызываемая реакция, но никак не без контроля критики и принимаемое в силу этого почти *слепо*.

А. Форель (Feret 1928) подчеркивает, что ни в коем случае не принимать за *внушение* воздействие одного человека на другого доводами разума («разрядка наша. — Ч. II, «Впрочем, — продолжает он — мысля в возможные переходные ступени от него — воздействия до совершенно ассоциируемого лица — *внушения*»).

Как правильно отмечает в одной из своих работ Л. С. Матков (1938), между сознательным восприятием речи и ее *внушающим* воздействием имеется интеллектуальное взаимодействие. Словесное воздействие, воспринимаемое критически, не может быть *внушением*, так как оно связано с активной копированием словесного воздействия, воспринимаемое пассивно, без критики, логно может стать *внушением*, хотя бы оно и развивалось в той же мере, что и объективно от реальности в настоящем.

В самом деле, словесное воздействие, активно воспринимаемое бодрствующим мозгом, не может поддерживаться с его стороны соответствующим торможением, в частности, оно точно так же входит во временные связи с минимальными следовыми реакциями предыдущего опыта. При пассивном же восприятии такая активная коррекция отсутствует и условно-рефлекторная связь замыкается в коре мозга безотказительно к тому — отвечает ли стимулирование словесного воздействия данным прошлым и настоящего опыта или же противоречат им.

Пассивность восприятия содержания словесного воздействия может быть обусловлена либо высоким авторитетом говорящего, либо той или иной формой какой-либо психической травмы, либо наконец связанным с этим корой мозга с ее полными или частичными болезнями или иными ее нарушениями. Поэтому лучшим маркером борьбы с *внушаемостью* является поддержание в коре мозга ее рефлекторно-двигательной деятельности коры мозга и, конечно, наличие соответствующих корковых динамических структур и процессов, связанных с типичным опытом человека, обеспечивающих критическое отношение к содержанию словесного воздействия.

Отсюда следует, что все формы самостоятельной активной деятельности должны максимально культивироваться.

В целом же как сознательное восприятие речи, так и ее *внушающее* воздействие создают в соответствующих пунктах мозговой коры очаги раздражения, долгие динамические структуры, могущие длительно сохраняться после того, как прямое восприятие речи уже прекратилось. Мы знаем, как долго сохраняется в памяти все сознательно воспринимаемое, а особенно при сильном эмоциональном возбуждении, идущем из *внушающего* источника. Поэтому доверие к *внушающему* источнику, к *внушающему* источнику *внушения* мы знаем, сколько длительным может быть действие последнего.

Вместе с тем *внушающее* воздействие иногда провоцирует процессы сознательного восприятия. Для иллюстрации приводим пример.

Когда врач анализирует состояние больного, последний воспринимает это вполне сознательно и может отнестись к выводам врача более или менее критически. Но когда врач произносит словесное скартство, причем так, что оно действует, на роль и значение устава и власти врач и доктору больному совершенно неизвестны (если, конечно, он сам не является врачом), то здесь больной основывается на своем доверии

к врачу. Таким образом, на смену сознательному восприятию здесь выступают условия внушающего воздействия «то лекарство вам поможет!»

Если идти дальше по этому пути, то изготовление лекарства витекой также не вызывает у больного каких-либо сомнений. В этом случае также есть внушающее воздействие витека всегда изготавливает именно то, что врач назначил!».

Следует подчеркнуть, что внушающее воздействие может иметь форму или прямого, или же косвенного (опосредованного) внушения.

Прямое словесное внушение осуществляется путем непосредственного воздействия самой речи имеющей, следовательно смысловую значимость и императивность, на высшую нервную деятельность человека — на вторую сигнальную систему а через нее — на первую сигнальную систему а на подкорку, а отсюда и на всю соматическую и эндокринно-вегетативную деятельность.

Эффективность прямого внушения словом зависит:

а) от функционального состояния в данный момент коры мозга лица, воспринимающего внушение, что и определяет собой степень внушаемости,

б) от смыслового содержания внушаемого словесного комплекса.

Реализация внушаемого состояния или действия обычно происходит при этом немедленно вслед за произнесенным словесным внушением, в порядке прямой реакции на него. Так, если человеку внушают, что им овладело чувство приятного отдыха или что на его руке сидит укусающий его комар и т. п., то внушаемое реализуется тотчас же.

Таким образом, при прямом словесном внушении на кору мозга воздействует лишь само слово (словесный комплекс), без всякого вида, причем используются чисто словесные анализаторы прямого воздействия слова на вторую сигнальную систему, а через нее — на первую, так же как и на подкорку.

По своему содержанию прямое внушение словом может быть либо простым и конкретным (например, выраженным в форме приказа, «спать!», «отдохнуть!», «проснуться!» и т. д.), либо более или менее сложным и логическим — словесным (мотивированное внушение — например, для излечения или предупреждения какого-либо или иных вредных действий, направленных на будущие поступки и т. д.).

Следует отметить, что содержание словесного внушения не должно противоречить моральным установкам человека, так как в противном случае, как показывают экспериментальные исследования, оно не реализуется даже при словесном внушении, производимом во внушенном сне. В случае же настойчиво и упорно применяемого внушения такого рода это может привести к возникновению невротической реакции, а в тяжелом случае — к психическому расстройству.

При косвенном словесном внушении реализация внушаемого, как правило, становится в связь с тем или иным предметом или воздействием, при посредстве которого оно собственно и должно реализоваться. Так, например, бодрствующему лицу внушается, что предлагаемый ему индифферентный белый порошок является снотворным. Поэтому, как только этот человек примет данный порошок, он тотчас же засыпает.

При косвенном словесном внушении создаваемый им в коре мозга словесный образ предмета или действия связан не только с содержанием внушаемого слова, но и с тем предметом (или обстоятельством)

ством места и времени), при наличии которого внушаемое должно будет реализоваться. Именно этому И. М. Бехтерев (1911) посвящает такое внушение через предметный или опосредованный. При внушении через третий объект (например, предмет) человек непосредственно самими внушением, а связанным внушением с данным предметом, благодаря чему внушение непосредственно связывается с данным предметом.

Соответственно этому индифферентный (до того) раздражитель поступает на третий объект, представляющий собой нечто, имеющее значение. Следовательно, что такое внушение сложилось, внушение направлено на обратный ход связи между раздражителем второй сигнальной системы и объектом, раздражителем первой сигнальной системы и реализации внушения, эффекта (данный эффект является результатом этого влияния на действия), причем в прошлом опыте внушаемого лица с каждым из этих трех элементов, конечно, должны быть прямые корковые связи. В силу этого по существу в коре его мозга одновременно возникают два связанных между собой очага возбуждения, один из которых создает в во второй сигнальной системе систему представления, а другой — во второй сигнальной системе тем раздражением, при посредстве которого внушаемое должно будет реализоваться.

Вместе с тем в условиях косвенного внушения момент исполнения содержащего внушение может быть отсрочен. Таким образом исполнение внушаемого оказывается связанным не только с определенным предметом (или объектом, местом в пространстве) и с определенным моментом времени на каком-либо будет назначено. В силу всего этого сам факт внушающего словесного воздействия как бы отходит на задний план. Иначе говоря, внушение словом становится скрыто действующим. В создаваемый таким путем предметно-образный комплекс может быть помещен целый ряд анализируемых с объективным участием первой и второй сигнальных систем, с каждым из которых могут быть свои условнорефлекторные связи, тогда как в анализе в условиях прошлого опыта. Ведущее значение в данном случае приобретают именно условия реализации производимого внушения, что способствует снижению критики, а иногда даже делает возможным и прямое некритическое отношение к внушаемому состоянию или действию. Это обстоятельство в свое время послужило отражением в известных словах А. Ф. Рея «внушение тем более сильно, чем более оно является скрытым» (иначе говоря, косвенным).

Косвенное внушение с успехом может быть применено в бодрствующем состоянии исследуемого лица, причем оно обладает значительно большей силой внушающего воздействия, чем внушение прямое. Так, оно передается значительно эффективнее воздействие на тех лиц, на которых прямое внушение действия не висит, на что в свое время указывали В. М. Бехтерев, А. Форель, Ф. Левенфельд и др.

Наблюдения авторов говорят также о том, что в повседневной жизни случаи непосредственно действующих косвенных внушений встречаются чрезвычайно редко и потому имеют определенное значение.

Необходимо признать, что в условиях повседневной деятельности человека вполне определенную роль играют также явления самовнушения.

Самовнушение можно определять как явление внушающего действия со стороны следовых корковых процессов, связанных с раздражениями второй сигнальной системы.

И. П. Павлов считает, что сила самовнушения определяется степенью концентрации возбуждения в определенном районе коры. В известных случаях при сильном порогом конуса ограничение возбуждающего про-

персеа может сопровождаться сильнейшим затормаживанием остальных отделов коры, представляющих, как говорил И. П. Павлов, «коренные или телесы всего организма с его деятельностью, его существованием». Такая внушительная самовнушительность может быть такова, что при средних или высоких даже уличных шумах организм может продолжать бить баклуши, физиологическим контрпульсом сдерживая «панику». В качестве примера И. П. Павлов приводит следующие различные религиозные экстазы в «различные исторические фазы, где христианские мученики не только терпеливы и выносливы, но с радостью шли на мучения...», то перед нами яркое доказательство силы самовнушения...». Он отмечает, что «...с физиологической точки зрения легко можно было бы доказать, производимые путем внушения и самовнушения частичные нарушения целостности организма при посредстве также теперь доказанной трофической инверсии»¹.

Путем самовнушения могут возникать, например, симптомы мнимой беременности, когда под влиянием ряда, обычно типичных во второй половине беременности, изменений в организме женщины происходит ряд сложных изменений в эндокринных изменениях, трофических и вникновений инверсных прироста в беременность (действительное состояние молочных желез, состояние матки в органных структурах и др.), что ведет к симптомам беременности.

В других случаях самовнушение вызывает возникновение явления стигматизации (фантастических религиозных фантазм) и форме определенных изменений в состоянии кожных покровов и т. д.

Каковы же физиологические механизмы, лежащие в основе явлений самовнушения?

Как мы знаем, при наличии спретенных возбуждений, нагоняющих на кору мозга нагнетения и напутствия, резко усиливается деятельность «внушительной» коры, под влиянием которой корковые процессы в том числе следы напряженно пережитых в прошлом эмоциональных состояний, могут оживляться, вследствие чего могут возникать и на их основе закрепляться новые вторичные по отношению к ним корковые временные связи. Вследствие этого усиливается степень подчинения и зависимости от тонуса коры мозга. В этом случае также резко снижается ее аналитическая деятельность, так как для тонкого анализа требуется достаточно сильный и устойчивый тонус корковых процессов — следовательно, и тонус.

В деятельности второй сигнальной системы такое снижение аналитической функции получает свое выражение в виде снижения критичности. Этим самым создаются условия, облегчающие возникновение во второй сигнальной системе новых связей, недостаточно подкрепленных не только первосигнальными условными связями, но даже и безусловными связями рефлекторной деятельности. И. П. Павлов, говоря о второй сигнальной системе, не раз предупреждал, что «многочисленные раздражения словом... удаляли нас от действительности, и поэтому мы постоянно должны помнить это, чтобы не искажать наши отношения к действительности»².

Поэтому при определенных условиях может возникнуть доминирование второсигнальных следовых процессов над реальными воздействиями внешней среды. Одним из прямых результатов является возникновение акта самовнушения. Оно обрывается тогда, когда замыкательная функция осуществляется во второй сигнальной системе

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности у животных, Учизгиз, 1951, стр. 111—113.

² Там же, стр. 407.

не под контролем сознательного, осмысленного восприятия и оказывается, как образно выражается И. П. Павлов, «не считающейся с собой и мало считающейся с другими»¹ и порождаемая «таблым образом эмоциональным влиянием подпорки»².

Особенно ярким актом самовнушения является преследующее значение чужих слов и суждений, вызываемых от всех влияний чрезвычайно, делается абсолютным и сильно действующим раздражителем. Иными самовнушения могут оказывать влияние даже на весь характер вышней нервной деятельности, не только и на деятельность симпатико-вегетативной системы.

Полному явлению самовнушения, механизмы которых в настоящее время физиологически объяснены учением И. П. Павлова, необходимо придавать большее значение, чем это делалось до настоящего времени.

¹ И. П. Павлов, *Избранные труды*, Собрания сочинений, в 4-х томах, переработкой деятельности (доказательства) животных, Медгиз, 1951, стр. 381.

ГЛАВА III

ВНУШЕННЫЙ СОН

Слова того, кто начинает гипнотизировать... при известной степени развивающемся в коре полушарий торможения, концентрируя по общему закону раздражение в определенном узком районе, вызывает вместе с тем естественно глубокое внешнее торможение... во всей остальной массе полушарий и тем самым исключает какое-либо конкурирующее воздействие всех других наличных и старых следов раздражений.

И. П. Павлов

Исторически начало изучению природы гипноза и словесного внушения в гипнотическом состоянии было положено в 40-х годах прошлого столетия английским хирургом Бредом (Braid). Более глубокое изучение явления гипноза и внушения было проведено во Франции в 60-х годах того же столетия, где этим вопросам были посвящены работы Шарко (Charcot) в Париже и Бернгейма (Bernheim) в Навси.

Исследования, проводившиеся Шарко, привлекая к себе внимание врачей многих стран. Возникновение гипнотического состояния Шарко вызывал всевозможными короткими гильотинами (или гильотинными слабыми) раздражениями таких органов чувств, как органы зрения, слуха и осязания. При этом самому словесному внушению Шарко придавал лишь второстепенное значение. Исследования проводились у 12 больных истерией, и выданные с одобрения психических явлений истерическими привело Шарко к неправильному выводу о том, что «явления гипнотизма представляют собой искусственно вызываемый истерический невроз» и что эти явления «могут быть получены только у больных истерией».

Более широкую точку зрения высказал профессор Навсийского университета Бернгейм, по мнению которого в основе гипнотических явлений лежит свое истинное норма, а не искусственно вызванная искусственность гипноза же есть внушенный сон, который может иметь различную степень глубины и может быть вызван у большинства здоровых людей путем словесного внушения. Бернгейм установил, что внушаемость особенно повышается в наиболее глубокой так называемой «символической» стадии гипноза, во время которой возможно входить в словесный контакт с усыпленным. Эта стадия характеризуется возникновением послеидеальных и послеидеальных всего того, что происходило в состоянии гипноза, Школа Бернгейма впер-

Гипнотическим сном является такое состояние коры мозга при котором (фазы) состояние уже снотворного вещества, вызванного анализатором, действительно приводит к изменению активности оказалась выключенной и животных (или человек) находится в состоянии сна, а не в состоянии бодрствования. Однако в данном случае влияние гипнотического сна на торможение не на всем протяжении, в них могут образоваться и возбужденные пункты. «Следовательно,— говорит И. П. Павлов,— при этом речь идет не о сновидении, а о состоянии сна. Оно и отличается гипнотический сон от естественного»¹.

Наконец, **вынужденным сном** называют гипнотический сон, вызванный искусственным воздействием, т. е. раздражителем, который надвигается с тем соответствующим содержанием. Вынужденный сон человека отличается от гипнотического сна животного не только способом его вызывания (словесное внушение), но и наличием так называемого раппорта (сохраняющей и усиливающей речевой связи с слышащим, а также состояния повышенной внушаемости. Путем словесного внушения некоторые участки речедвигательного, кинестетического и других анализаторов могут быть выведены из тормозного состояния, в силу чего у человека, находящегося в состоянии вынужденного сна, можно получить разнообразие реакции соответствующего содержания слышащего внушения. Вместе с тем вынужденный сон имеет и характер случайного, обусловленного тем, что это условнорефлекторный сон не вызванный и поддерживаемый постоянным словесным внушением, чем он и отличается (по механизму своего развития от обычного условнорефлекторного сна, вызываемого условными раздражителями первой сигнальной системы.

Таким образом, при определенных условиях под воздействием словесного внушения соответствующего содержания бодрствующее состояние может перейти в гипнотическое, а в распространением последнего на значительную часть коры мозга — состояние вынужденного сна. Состояние вынужденного сна при его дальнейшем распространении и углублении, приводящем к утрате раппорта, в свою очередь переходит в естественный сон. Следовательно, качественно отличное одно от другого состояние — бодрствующее, гипнотическое, естественного сна — последовательно переходит в другое. Следовательно, гипнотический сон есть частный случай естественного сна, гипнотический сон есть частный случай сна условнорефлекторного, а условнорефлекторный сон представляет одну из разновидностей естественного сна.

Внутреннее торможение, распространяясь и углубляясь, образует разные степени гипнотического состояния. Обращает на себя особое внимание разнообразие и многочисленность стадий гипноза, который вначале характеризуется частичным разделением корковых систем с частичным разделением коры мозга на зоны, в которых происходит процесс возбуждения и торможения. В дальнейшем фазы гипноза характеризуются тем, что человек, находясь в состоянии гипноза, способен слышать, что ему говорят, и даже помнит об этом впоследствии, но не способен производить никаких действий. Таким образом, человек в состоянии гипноза способен слышать, что ему говорят, и даже помнит об этом впоследствии, но не способен производить никаких действий. Таким образом, человек в состоянии гипноза способен слышать, что ему говорят, и даже помнит об этом впоследствии, но не способен производить никаких действий.

Это явление состояния является гипнотическому состоянию животного, которое характеризуется аналогичностью сном животного.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных, Москва, 1927, стр. 484.

гательной области больших полушарий. У животного в этом состоянии наблюдается рефлекс на глазные мускулы (животное сдвигает глазами на периметр лампы), на жеюзы (при подаче еды у пчел движется тельце животного начинает течь слюна) и, наконец, тонические рефлексы среднего мозга на скелетную мускулатуру для удержания того положения, в котором находится животное (натяжение). Однако у животного, находящегося в этом состоянии, нет обычных признаков сна, но имеется мускульный парез. И. П. Павлов по этому поводу писал, что «наблюдения открывают все большее разнообразие симптомов в типичного состояния все более тонкие градации его, часто едва отличающиеся от бодрого состояния; все большую подвижность и пластичность его состояния в зависимости от мельчайших изменений обстановки...»¹ (разрядка наша.— И. П.).

Остаиваясь на особенностях гипноза человека, И. П. Павлов подчеркивал, что из-за большой сложности человеческого мозга отдельные гипнотические явления гораздо разнообразнее у человека, чем у животного. Прежде всего среди гипнотических явлений у человека привлекает особое внимание так называемое внушение. Кроме того, для человеческого гипнотического состояния вызываемого и поддерживаемого воздействием словесного внушения специфично явление раппорта, т. е. сохранение отношений между усыпленным и усыпленным. Наконец, для гипнотического состояния человека не менее специфично «настроение» корковых клеток в некотором «фазовом», переходном состоянии от деятельного к сонному. В силу этого известные фазы гипнотического состояния у человека оказываются более или менее таковыми. Импульсы в этом переходном состоянии и могут иметь место парадоксальная фаза, при которой создаются условия повышения внушаемости и реализации гипнотических внушений («фаза внушения»).

Таким образом, мы видим, что И. П. Павлову удалось раскрыть многие стороны физиологических механизмов, лежащих в основе гипнотического состояния не только животного, но и человека. Прежде всего стоит отметить важное обстоятельство, что в гипнотическом состоянии имеет место более или менее глубокая функциональная диссоциация корковых и подкорковых участков и возможность при известных условиях переключения этих диссоциированных районов по мозговой маске больших полушарий, вызываемого путем соответствующих словесных внушений.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВЛУЩЕННОГО СНА И ЗОНЫ РАППОРТА

Прежде всего необходимо разобрать физиологическую значимость императивно сказанного слова «спать», приводящего при определенных условиях к возникновению влущенного сна.

Как мы уже видели из приведенных выше примеров образования условного рефлекса на словесный раздражитель, достаточно, как и выше, вызывает реакцию соответствующую содержанию слова. То же самое наблюдается и при внушении условных раздражителей, которые при этом вызывают состояние сна. Поэтому слова «спать», «звните», и т. д. многократно повторяемые до того с данным физическим словом, вызывают условный раздражитель, который вызывает возникновение сна.

Однако в данном случае сонное состояние выражено не в форме полного и быстрого засыпания, а в форме частичного и постепенного

¹ И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 330.

сия. Оно характеризуется тем, что между усиленным и усыпленным его лицом продолжают сохраняться речевой контакт, получивший название раппорта. Таким образом, в деятельности коры мозга человека, находящегося во внушенном сне, имеются определенные особенности. Для этого состояния характерны следующие особенности коры мозга: усиление и ослабление произвольных и произвольных движений, усиление и ослабление произвольных движений, усиление и ослабление произвольных движений.

Итак, известно, И. П. Павлов (1927) пришел к выводу, что во время бодрствования большие полушария представляют систему, все части которой находятся во взаимодействии друг с другом. При этом, по И. П. Павлову, состояние бодрствования «поддерживается падающими на большие полушария, главным образом из внешнего мира и бодрствующего субъекта, раздражениями и раздражителями, а также деятельностью раздражителей в связи с таковыми: взаимодействие между частями больших полушарий, так и взаимодействующих и между полными и частями раздражителями». В уснувших же той функциональной разобщенности, которая недостаточна для различных работ коры мозга, находящейся в состоянии внушенного сна, это взаимодействие всех частей больших полушарий друг с другом уже отсутствует.

Каковы особенности возникающего в этих условиях явления раппорта?

Зона раппорта, создаваемая у уснувшего путем словесных внушений, представляет более или менее ограниченный очаг концентрированного возбуждения, локализованный отрицательно от тактильных районов коры. По этой причине замыкательная функция корковых связей в зоне очага возбуждения резко ослабляется. Непрерывно функционирующая («бодрствующая») зона раппорта обеспечивает возможность не только сохранения постоянного контакта между уснувшим и уснувшим, но и реализации словесных внушений. В случае распространения сонного торможения на зону раппорта связь с уснувшим теряется, а внушенный сон переходит в полный сон.

Следует отметить, что раппорт с уснувшим может быть изолированным (реактивное только на слова уснувшего) или же обобщенным (генерализованным), когда любой из присутствующих может вступить в контакт с уснувшим в речевой контакт. Это обусловлено тем, что при изолированном раппорте у уснувшего имеется комплексная и при том тонко дифференцированная реакция на уснувшего, т. е. не только на его слова, но и на тембр его голоса, интонацию речи, манеру себя держать и т. д. Путем соответствующего словесного внушения уснувшего это состояние изолированного раппорта может быть распространено и на другое лицо (явление «передачи раппорта»).

Условия сохраняющегося раппорта несколько аналогичны картине «сторожевого пункта» при обычном бодрствовании. Однако, как мы знаем, «сторожевой пункт» только пробуждает спящего в нужный момент, как это видно например из описания аномальных состояний И. Н. Гирмана (1920), что время как в состоянии раппорта не прекращается, а исключается лишь в состоянии внушенного сна и сохраняющегося только в течение времени пребывания уснувшего в этом состоянии, могут быть применимы в целом к различным функциям, так и механизмам как в первой и второй сигнальных систем, так и подкорки. При этом осуществляется замыкательная функция коры мозга уснувшего, о чем говорят создаваемые словесным внушением уснувшего новые временные связи, и вы-

¹ И. П. Павлов, Деятельность мозга при объективном изучении высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 236.

вызывает тем не менее весьма разнообразные реакции. Вместе с тем в этих условиях испытуемый реагирует на речевые воздействия усыпленного, причем, как известно, все это происходит без нарушения внешнего сна.

Важно отметить, что зона раппорта в отличие от сторожевого пункта специфична именно как явление вторичного сна, а не как явление элементарного сна. Кроме того, вместе с этим явлением наблюдается и явление раппорта во время бодрствования. В этом отношении раппорт является своеобразным опосредованным участком в деятельности мозга, так как в раппорте могут возникнуть различные формы мышечной активности, как во время сна, так и во время бодрствования, что свидетельствует о наличии в раппорте раздражителей, которые могут вызывать различные формы активности. Таким образом, раппорт является своеобразным участком в деятельности мозга, который может вызывать различные формы активности, как во время сна, так и во время бодрствования. Это свидетельствует о наличии в раппорте раздражителей, которые могут вызывать различные формы активности.

Наконец, необходимо отметить, что на особенности динамических структур, возникающих в зоне раппорта, оказывают влияние черты личности врача, проводившего усыпление. Так как в данном случае вырабатывается определенная реакция, поэтому раппорт индивидуален. Усыпленный реагирует на слова только того врача, с которым был установлен контакт.

Все это говорит о том, что явление раппорта и лежащая в его основе зона раппорта качественно отличны от элементарного сторожевого пункта, столь часто возникающего в условиях естественного сна.

Таким образом, явление раппорта представляет одно из наиболее ярких проявлений функциональной расчлененности вторичной нервной системы коры мозга на участки сна и бодрствования.

Естественно возникает вопрос: в какой именно фазе переходного состояния находится кора мозга человека в условиях внешнего сна, если оказывается возможным вызывать у него словесным внушением самые различные формы активности? Вспомогательный вопрос: каковы механизмы, например, в гипнотической стадии внешнего сна?

Ф. П. Маиоров (1950), основываясь на результатах своих исследований, приходит к выводу, что сомнамбулическая фаза гипноза характеризуется наличием ассоциативной функции деятельности, и следовательно, как механизм отрицательной индукции с одной корковой функциональной системой на другую. Таким образом, индукция имеет место, но, в отличие от отрицательной индукции, она имеет место. Таким образом, индукция имеет место, но, в отличие от отрицательной индукции, она имеет место. Таким образом, индукция имеет место, но, в отличие от отрицательной индукции, она имеет место.

Со своей стороны нам хотелось бы подчеркнуть существование некоторых оптимальных условий, при которых словесные внушения реализуются и закрепляются наиболее легко и прочно, вызывая самые разнообразные физиологические реакции. Несомненно, это может иметь место именно тогда, когда интермедиальные корковые связи будут наиболее легко растормаживаться импульсами, исходящими из зоны раппорта, призванными избирательно приводить в деятельное состояние то одни, то другие из них, соответственно содержанию словесных внушений.

Одним у разных лиц могут быть свои индивидуальные особенности, и при этом существуют индивидуальные особенности их нервной системы. Так, у одних лиц такое оптимальное соотношение силы затормаживающего слова усы-

«спя» и растормаживающего (слова внушения) воздействия на корковую живинку, исходящих от усыпленного лица, будет иметь место лишь в условиях достаточно глубокой функциональной диссоциации корковой деятельности, свойственной сомнамбулической фазе гипноза (что отвечает понятию И. П. Павлова о том, что при этом в коре может возникнуть уже при самых начальных признаках внушенного сна).

Даже в бодрствующем состоянии (например, в случае сниженного тонуса коры мозга) возможна реализация внушения на что обратил внимание В. М. Бехтерев.

Каковы же физиологические механизмы, определяющие собой степень гипнабельности? Какими путями выпадает у человека состояние гипноза?

Издавна известно, что у разных людей степень их гипнабельности различная, начиная от полного ее отсутствия у одних и вплоть до весьма глубокой у других. В основе гипнабельности лежат различные физиологические механизмы. И. П. Павлов о физиологии высшей нервной деятельности, можно считать, что в основе полной гипнабельности, свойственной некоторым людям, может лежать присущее их корковой динамике преобладание второй сигнальной системы над первой (мыслительный тип нервной системы), при высокой уравновешенности и подвижности основных корковых процессов. В основе повышенной гипнабельности, повидимому, может лежать превалирование первой сигнальной системы над второй и, наоборот, у людей с преобладанием второй (мыслительный тип нервной системы), с легким возникновением явлений взаимной индукции между сигнальными системами, связанными с продолжательной системой (т. е. с мозгом), с одной стороны, и с тормозной системой (т. е. с корой) с другой. Это может быть связано с тем, что в коре мозга усиливается двойное и прямо противоположное одно другому влияние. Оно ведет, во-первых, к образованию в слуховой области тонкого слоя депонирования возбуждения (слоя репретов), а во-вторых, к одновременному снижению положительного тонуса в заторможенных районах коры мозга, т. е. способствует развитию по всем остальным областям коры торможения.

Таким образом, возникает картина глубокого и стойкого функционального расчленения коры мозга на бодрствующие и сонные отделы, характерные для состояния внушенного сна. Эта точка зрения полностью согласна с тем, что И. П. Павлов на то, что в основе внушаемости лежат слабость корковых клеток, приводящая к легкому переходу их в тормозное состояние, а отсюда к развитию торможения во всем мозге, и, следовательно, к торможению работы всей коры.

Обнаруживаемая в последних исследованиях И. В. Стрелькина (1953) зависимость гипнабельности от степени тормозимости той сигнальной системы (первой или же второй) не только направлена в правильное (активизирующая), раскрывает также и другие стороны отмеченного выше механизма функционального расчленения коры мозга. У одних лиц, по данным автора, эти явления легче возникают при первичном воздействии на вторую сигнальную систему (путем словесного усыпления), у других — на первую сигнальную систему (усыпление путем раздражения зрительного, слухового или тактильного анализатора), а у третьих — на обе сигнальные системы одновременно.

Далее, согласно указанию ряда авторов (В. М. Бехтерев, А. А. Токкаревский, О. Фогт, О. Г. Веттерстрадл, А. Форель и многие другие), подтвержденному и нашими наблюдениями, гипнабельность от сеанса к сеансу может возрастать. Исследуемые, оказавшиеся негипнабельными, в дальнейшем путем ряда специальных приемов усыпления могут постепенно при-

ходить в гипнотическое состояние. Все это говорит с тем, что готовность коры мозга к такому функциональному расчленению ее на бодрое и сонные участки называется тронаруемостью, а также с тем, что в основе процесса усыпления лежит механизм временных связей, упрощающихся все больше и больше по мере их подкрепления. Далее известно, что усиление одного человека в присутствии другого, негипнотизируемого, способно вызвать усыпление последнего по механизму экстракортального рефлекса.

Напомним по этому поводу, что, как это экспериментально доказано В. П. Гурьевым (1940) и М. П. Потаповым (1941) на собаках, усиление рефлекса нередко образуется у животного самостоятельно только при одном из двух типов его раздражителя: сформированном условно-рефлекторно у другого животного.

Какие же особые черты высшей нервной деятельности могут быть специфичны для легкой инадакционной и сомнамбулической фазы сна? И можно ли легко дающих в этом состоянии различные внешние реакции?

П. Б. М. Бехтерев (1920), сравнивая сонных и бодрствующих людей тем, что они не в состоянии противодействовать внушению. Вследствие этого при отсутствии психического сопротивления со стороны внушаемого такого рода внушение действует на него «с непреодолимой силой». Далее, он пишет, что некоторые из них «тогда теряют связь сомнамбулизмом, причем их сонность и сомнамбулическим реакциям, а в том же случае и готовность дать сонную реакцию, иногда по тем или иным причинам вдруг исчезает. В то же время другие исследуемые сохраняют эту способность в молодых лет до глубокой старости.

Нам следовало бы отметить, что сомнамбулизм данного лица ярко выраженным в отношении одного экспериментатора, то же время может отсутствовать в отношении другого, причем эта «сомнамбулическая готовность», с установкой на одно какое-либо лицо, может быть путем словесного внушения переключена на другое лицо. Нельзя же она исключает генерализованный характер таким образом в являющему нет полного, абсолютного сомнамбулизма, а есть лишь свойство нервной системы отдельных лиц давать при определенных условиях сомнамбулические реакции, обусловленные по внешнему воздействию коры их мозга и главным образом функциональному расчленению на участки сна и бодрствования.

Нас давно (1930) интересовал вопрос о типе нервной системы, к которому относятся лица, обладающие легкой инадакционной и сомнамбулической стадиями. Впервые в этом вопросе высказались другие исследователи Н. А. Богданов (1932). На основании своих наблюдений он пришел к выводу о том, что лица, обладающие легкой инадакционной и сомнамбулической стадиями, характеризуются повышенной чувствительностью к внушению. Наблюдения, проведенные у нас Е. С. Катковым, при массовых исследованиях внушаемости студентов театрального и музыкального техникумов, подтвердили это предположение, что среди исследуемых оказывается относительно большое число лиц, у которых можно получить сомнамбулическую стадию. Таким образом, для исследуемых с сомнамбулической стадией, по-видимому, может быть специфична функциональная слабость, легкая тормозимость второй сигнальной системы и возможность функционального разобщения ее от первой сигнальной системы.

Таким образом, вопрос о природе сомнамбулизма остается открытым. По-видимому, существенную помощь в анализе этого явления может оказать анализ корреляции с тем, какое количество людей может давать сомнамбулическую реакцию, может оказать лаборатория.

Путем каких же практических приемов человек может быть приводим в состояние внушенного сна?

Таких приемов и лежащих в их основе физиологических механизмов два.

1. Внезапное сильное раздражение словом, приводящее к почти мгновенно возникающему состоянию внушенного сна. В основе этого явления лежит механизм остро развившегося во второй сигнальной системе запредельного торможения, что и приводит обширные участки коры мозга в состояние глубокого сонного торможения при сохранении бодрствующей зоны раппорта.

Это напоминает картину гипноза животных, при котором мозговые полушария охватываются торможением, развивающимся также по механизму запредельного торможения. Однако у животных это торможение развивается в течение нескольких минут, а у человека — в течение нескольких секунд.

2. Воздействие многократно повторяющихся тихих, монотонных усиливающих словесных раздражений, приводящее к постепенному развитию в коре мозга гипнотического состояния, охватывающего большие или меньшие ее участки. В этом случае в основе явления внушенного сна лежит механизм внутреннего, или условного торможения.

Так считает Н. П. Павлов (1927), исследовавший условия и способ приведения человека в такое именно состояние внушенного сна — это повторно произносимые в однообразном тоне слова, описывающие физиологические изменения, у всех нас прочно связанные с сонным торможением и потому его вызывающие. Гипнотизировать может все то, что в прошлом откликалось несколько раз с определенным успехом. Нужно отметить, что эффективность гипнотизирующих приемов тем скорее и вернее достигают цели, чем они чаще применяются. Таким образом, чем чаще повторяется гипнотизирующая словесная инструкция, тем быстрее развивается внушенное состояние сна, в большинстве случаев это и наблюдается в действительности.

При этом прием развитии внушенного сна перед нами может возникнуть уже условнорефлекторным путем под влиянием раздражителей первой сигнальной системы, которые до этого совпадали со словесным усилением. Так, некоторые из наших исследуемых, неоднократно приводившиеся в состояние внушенного сна словесным внушением, совершавшимися ударами метронома, впадали в это состояние уже в ожидании своей очереди в приемной, лишь услышав звуки метронома, доносившиеся из лабораторного кабинета. Таким образом, звук ритмичных ударов метронома, бывший до того для этих лиц индифферентным, становится условным раздражителем первой сигнальной системы, приводящим их в состояние внушенного сна, вызывавшегося до того речевой инструкцией: «Засыпайте!», «Спите!», т. е. раздражителем второй сигнальной системы. Другие исследуемые отмечают сонливость, возникающую у них, как только входят в помещение, в котором они до того неоднократно приводились в состояние внушенного сна. В этом случае сама окружающая обстановка вызывает у них условнорефлекторным путем развитие картины внушенного сна.

Приводим пример из наших прежних наблюдений (1930).

Исследуемая Ш., регулярно приходящая в лабораторию для сеансов внушения, после ряда таких посещений, как только ее укладывали на кушетку, тотчас же, задолго до усиления, начинала впадать в дремотное состояние (что мы могли уловить по кривой дыхания в самом начале работы записывающего аппарата). Так как такого рода явление было для нас нежелательным, нам приходилось прерывать его соответствующим словесным внушением: «Вам не хочется спать!», после чего

дыхание становится более глубоким и однообразным — сменялись другие признаки бодрствования (рис. 7).

Когда же однажды мы предоставили исследуемой III возможность явнута таким образом до начала исследования, то оказалось, что в этом состоянии — ни чем и не отличающемся от обычного состояния — в порефлекторном снe у нее сохранились все специфические особенности поведения сна: опрeделeннoe нaслeдoвaннoe пoчтoлeннoe, рeaктивaция пpи-
нужденных состояний и пр.

То же явление наблюдал и наш сотрудник А. М. Цынкин (1930). И. П. Павлов (1933) считал, что в этот период двадцать лет, числeннoе количество метрoнoмa при частоте 58 ударов в минуту, а слова, кoтoрыe пробуждали уснпленного, — с действием метрoнoмa, при частоте 200 удaрoв в минуту. Таким образом уснпленные, как он выражался, соответствующим

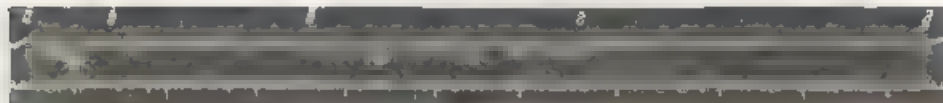


Рис. 7. Дыхание в бодрствующем состоянии (а—б), при самостоятельно развившемся дремотном состоянии (б—в), после пробуждения словами, «Вам спать не хочется!» (в—г) и после словесного усыпления (г—д)

у порефлекторные реакции. При частоте 58 ударов в минуту метрoнoм вызывал у исследуемых состояние сна, а при 200 ударах в минуту эти лица пробуждались. Все это подтверждает слова И. П. Павлова о том, что «гипнотическое состояние как тормозное очень легко входит на основании одновременности во временную условную связь с многочисленными внешними стимулами».

Следует отметить, что нередко приходится наблюдать неблагоприятное влияние на возникновение вынужденного сна непривычных условий внешней среды: лица, быстро впадающие в состояние вынужденного сна в привычных условиях, в новых, искусственно созданных условиях сигнальной системы, наоборот, не поддаются воздействию и менее глубоко, а иногда их вначале совсем не удается уснпить. И, наоборот, при частых уснплениях в обычных для них условиях реакция сна развивается быстрее. Все это говорит о том, что вынужденный сон развивается по механизму временных связей.

Итак, для возникновения вынужденного сна как особого физиологического состояния коры мозга, подобного, но не тождественного состоянию естественного сна, необходимы:

- 1) наличие у исследуемого положительного отношения к возможности уснпления;
- 2) легкая тормозимость коры мозга уснпленного и ее готовность к функциональному расчленению на сонные и бодрствующие участки;
- 3) отсутствие каких-либо противодействующих этому причин;
- 4) исходящие от уснпляющего соответствующие гипногенные словесные внушения.

ГЛУБИНА ВУНУТРЕННЕГО СНА

На нас интересовал вопрос о возможности наведения словесным внушением такого состояния, при котором вынужденный сон — для этой цели мы

¹ И. П. Павлов, Двдцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 454.

использовали слова соответствующего содержания. «Засыпайте глубже!», «Спите глубже!», «Спите неглубже!», «Находитесь в легкой дремоте!» и т. п. При этом для определения глубины сна обычно применялись различные раздражители, вызывающие в исследуемого реакцию, характер которой мог быть так или иначе (объективно) зарегистрирован. Одни и те же раздражители вызвали различные по выраженности реакции, в зависимости от содержания внушения, направленного на изменение глубины сна. Пневмограммы, приведенные на рис. 8 и 9, свидетельствуют о

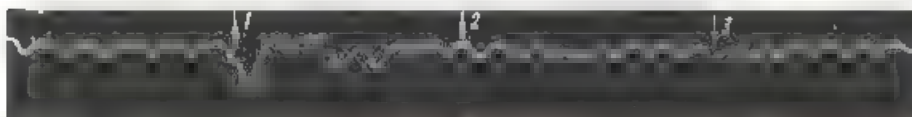


Рис. 8. Дыхание во внушении по Лашкеву. Акермансгатора 1, вызвал изменение дыхания. После интрукции «Спать глубже!» (2) изменение дыхания на тот же раздражитель не наблюдалось (3)

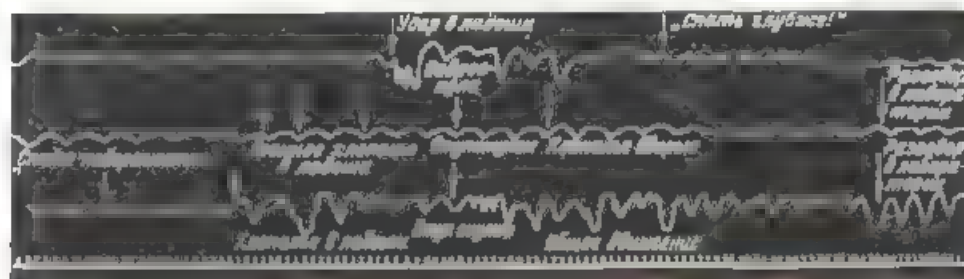


Рис. 9. Дыхание во внушении сна. Внезапный сильный удар в ладонь над самым ухом испытуемого вызвал заметные дыхания и общее движение. После приказания «Спать глубже!» тот же раздражитель, как и ряд других, реакции не вызывал. После словесного внушения «Спать поверхностно» те же раздражители снова вызвали реакции.

тем, что путем словесного воздействия можно как углубить, так и ослабить тормозное состояние коры мозга.

В какой мере состояние внушенного сна может быть углублено путем словесного воздействия, показывают наши исследования, относящиеся к 1928 г., в которых в качестве раздражителя применялся сильный удар металлическим молотком по большому листу (пластиде в $1,3 \times 1,5$ м) кровельного железа.

На это раздражение исследуемая в бодрствующем состоянии всегда давала весьма бурную дыхательную реакцию, сопровождавшуюся также и повышением кровяного давления (на 15—20 мм). На рис. 10 видна эта дыхательная реакция. Она не могла быть произвольно задержана исследуемой даже в том случае, когда имело место соответствующее приказание «При ударе молотком задержите дыхание!», как это и показывает правая часть кривой.

Набрав для проверки степени глубины внушенного сна раздражение в форме удара молотком по железному листу, мы в дальнейшем углубляли внушенный сон словами: «Спать глубже!», «Вы спите очень глубоко!». Каких-либо других внушений, так или иначе способствующих торможению слухового анализатора («Вы не слышите» и т. п.), в данном случае сознательно не делалось.

Уселив исследуемую путем обычного приказа: «Засыпайте!», «Спать!» и убедившись по кризу дыхания в действительном наступлении внутреннего сна, мы нанесли сильный удар молотком по железному листу. Пробуждения это не вызвало, но реакции со стороны дыхания получа-



Рис. 10. Дыхательные реакции бодрствующей исследуемой на сверх-
сильные для нее звуковые раздражители (удары молотком по желе-
зному листу)

а — удар самым сильным, б — после инструкции: «При ударе молотком
задержите дыхание!».

лась довольно сильная (рис. 11). Однако она была слабее, чем в бодр-
ствующем состоянии. После дальнейшего углубления сна эти пробы
давали более слабую реакцию и, в конце концов, раздражитель не стал
вызывать изменений со стороны дыхания.



Рис. 11. Изменение словесным внутренним глубины внутреннего сна. Показателем
глубины сна служила величина дыхательной реакции исследуемой на внезапные
звуковые раздражители (удары молотком по железному листу).

а — ослабление дыхательной реакции на удар по мере углубления внутреннего сна, б — дыхание
в условиях спящего внутреннего сна и пробуждения из него; в — дыхание в бодрствующем
состоянии

Для исключения сомнения в возможности привыкания исследуемой
к указанным раздражителям (удары по листу железа) было проведено
контрольное исследование, состоявшее в том, что во время внутреннего
сна, без каких бы то ни было словесных внушений, мы нанесли несколько
ударов молотком по тому же листу. Как показывает кривая, при каждом
таком ударе во все моменты раздражения реакция была одинаковой по
силе (рис. 12)

В связи с этим возник вопрос: наступит ли наблюдаемое то лишь при глубоком и спокойном сне, или словесное внушение об этом будет сделано не на данное, а на будущее время.

Чтобы ответить на этот вопрос, исследуемой Ш. во внушенном сне было сделано внушение такого содержания: «После завтра, 8 декабря,



Рис. 12. Дыхание во внушенном сне при ряде одинаковых по силе внезапных звуковых раздражений

1, 2 и 3 — удары молотком по железному листу.

вы придете в лабораторию, ляжете на кушетку, тотчас же заснете. Будете спать крепким и глубоким сном, и ничто не будет вас пробуждать». Это внушение реализовалось полностью: как только исследуемая через день пришла в лабораторию, она сама легла на кушетку и тотчас же заснула. объективными признаками чего были и соответствующие изменения дыхания и падение артериального давления. При этом на протяжении

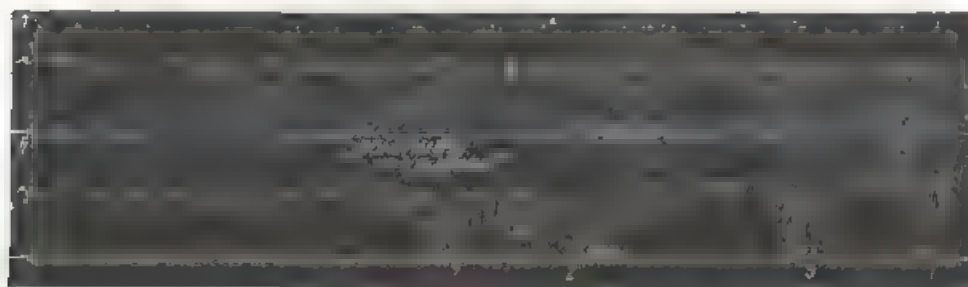


Рис. 13. Дыхание во внушенном сне.

а — в утренних глубоком сне, возникшего в результате сделанного ранее достигнотического внушения (реакция на раздражения отсутствуют); б — после инструкции «Вы спать не будете». На различные раздражения возникает дыхательная реакция.
1 — напелый оксигенметратора, 2 — громыхание жести железной, 3 — удары молотком по железному листу.

45-минутного сна такие раздражения, как громыхание большого железного листа и удар по нему железным молотком, не вызывали тех реакций, которые возникали без соответствующего внушения.

Внушение о глубокого сна тотчас же привело к восстановлению всех указанных реакций на действие раздражителей (рис. 13). При повторном исследовании картина была такая же.

Резюмируя данные этих исследований, нужно сказать, что, вызывая словесным воздействием состояние внушенного сна мы в последующем можем путем соответствующих словесных внушений ослабить заторможенное состояние коры мозга или, наоборот, усиливать его. объективным

показателем чего могут служить реакции со стороны тех или иных отделов вегетативной нервной системы.

Еще более показательны исследования степени глубины внушенного сна, проведенные Ю. А. Покровский и Н. Н. Триумф (1936) по методу условных рефлексов, причем этим авторам удалось путем словесного внушения добиться только регулировать глубину внушенного сна, добиваясь продолжения различных фаз сонного торможения — урассипительной, парадоксальной и ультрапарадоксальной. Если в наших исследованиях критерием углубления внушенного сна служили дыхательные реакции, то у данных авторов показателем были двигательные реакции.

Аналогичные результаты были получены Н. И. Коротким, Ф. П. Майоровым и М. М. Суловым (1951) при исследовании сомнамбулической фазы, пользуясь словесным внушением, авторы изменили интенсивность сонного торможения (в ту или другую сторону). При этом критерием служило состояние усиленных (мигательных) рефлексов, при внушении глубокого сонного торможения условные мигательные рефлексы исчезали, при внушении же неглубокого сна они у большинства исследуемых лиц вновь проявлялись. Та же закономерность наблюдалась и в отношении безусловных мигательных рефлексов.

В последнее время аналогичные данные были получены А. Н. Марениной (1952), которая использовала электроэнцефалографическое исследование. При изменении путем словесных внушений глубины внушенного сна возникали соответствующие изменения и в характере электроэнцефалограммы.

Все эти данные с несомненностью указывают на возможность управления глубиной внушенного сна, используя соответствующие внушения.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ВНУШЕННОГО СНА

Итак, мы убедились в том, что при определенных условиях словесное воздействие, примененное в форме императивной словесной инструкции: «Засыпайте!», «Спит», действительно, приводит кору мозга человека в состояние сонного торможения (внушенного сна), причем в ней остается бодрствующий пункт, обеспечивающий сохранение ритмичности с усиливающим. В этих условиях открывается возможность особенно эффективного воздействия на корковую динамику в виде словесного внушения того или иного содержания.

Для доказательства того, что в организме человека при этом происходят изменения, соответствующие содержанию слов усиления, мы объективно регистрировали реакции со стороны вегетативной нервной системы. Особое значение мы придавали уровню артериального давления, так как ни в одном из классических трудов по гипнозу не было сколько-нибудь точных указаний на его состояние во внушенном сне.

Результаты исследований ряда авторов, опубликованные в прошлые годы, в этом отношении очень скудны и противоречивы. Так, по данным Ленка (Lenk, 1920) в гипнотическом сне артериальное давление повышается, из чего он делает вывод, что зафиксированный находится в состоянии аффекта. По данным Денча и Кауфе (Detsch и Kauff, 1933), артериальное давление во время внушенного сна также повышается.

Нами было замечено, что во внушенном сне артериальное давление оказывается не повышенным, а **пониженным**. Так, А. М. Циликин (1930) провел систематическое исследование у большого числа лиц (71 наблюдение на 26 исследуемых) артериального давления во внушенном сне.

Данные автора показали, что в условиях внутреннего сна оно было ниже, чем в бодрствующем состоянии, причем у разных исследуемых степень падения его колебалась от 8 до 25 мм.

Было отмечено также, что скорость падения артериального давления при переходе из бодрствующего состояния в состояние внутреннего сна и повышение давления при пробуждении находилась в прямой зависимости от скорости перехода испытуемого из одного состояния в другое. Это явление оказалось вполне закономерным тогда бы мы ни исследовали артериальное давление, у любого исследуемого всегда наблюдалась такая картина (рис. 14).

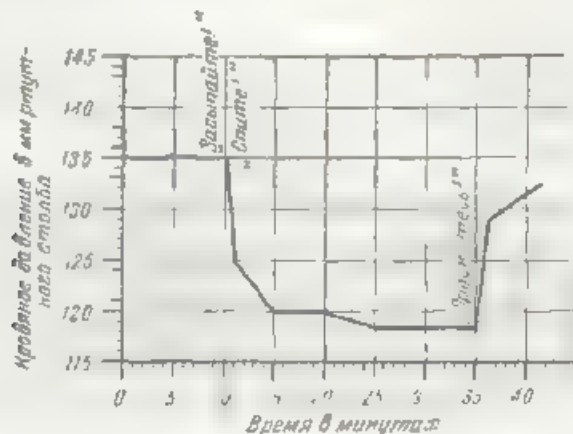


Рис. 14. Изменения уровня кровяного давления при погружении во внутренний сон и выходе из него.

Отметим, что А. М. Цыпкин (1930) в сотрудничестве с К. К. Платоновым измерял артериальное давление также в естественном сне, в котором оно тоже оказывалось пониженным.

Далее нас интересовали реакции со стороны сосудистой системы, возникающие при переходе от бодрствующего состояния в состояние внутреннего сна.

Как видно из плетизмограмм (записанных с помощью сфигмографа Усенова), при засыпании наблюдается понижение, а при пробуждении повышение сосудистого тонуса (рис. 15).

Следует отметить, что при этом вполне отчетливо сказывается также влияние самой формы и тона произносимого при этом внушения. Так, энергично и коротко произнесенные слова «Спать», «Пробудься», дают быстрое изменение уровня кривой в то время как медленное, спокойное произнесение слова «Пробудься» вызывает соответствующую медленную реакцию со стороны сосудов (рис. 16). При этом уровень кривой после приказа «Спать» закономерно падает, в то время как после сигнала «Пробудься» повышается.

Плетизмографические кривые, полученные А. М. Цыпкиным также свидетельствуют о понижении сосудистого тонуса во внутреннем сне. При этом, по данным Ю. А. Поворинского (1949), плетизмограммы во время внутреннего и естественного сна почти не отличаются друг от друга, причем в течение глубокого естественного, как и глубокого внутреннего, сна автор получал нулевую кривую с четким рисунком дыхания, пульсаций и достаточно большой амплитудой.

Относительно состояния дыхания и пульса в условиях искусственного сна единства мнения также не было. Результаты, полученные различными авторами, оказывались в тут весьма разнообразными.

Так, по Деия и Кавфу (1923), пульс и дыхание при усыплении и во время искусственного сна учащаются по Киршенбергу (Kirschberg, 1925), во внутреннем сне замедляются, а по другим авторам (Лорингем, Ловенфельд (Lowenfeld), Кронфельд (Kronfeld)) каких-либо изменений в характере пульса и дыхания не происходит. По данным А. Ф. Лауренова и Э. А. Гинз, как ускорение пульса и дыхания, так и замедление их, наблюдаемая из 11 лиц, стоит в зависимости от глубины искусственного сна. Наконец, по мнению Брэда (184), Ленка (1929) А. В. Персера (1925),



Рис. 15. Расширение сосудов при переходе во внутренний сон и сужение их при переходе в состояние бодрствования. Кинематограммы записаны фотокристаллом Уэслова.

пульс и дыхание во внутреннем сне ускоряются. Нужно думать, что такие противоречия в выводах могли быть обусловлены несовершенством применяемой ими методики исследования.

Как показали наши наблюдения (1930), в большинстве случаев при спокойном методе усыпления при инструкции «спать», «засыпайте!» наблюдается замедление пульса (на 8—12 ударов в минуту) и дыхания.

Так, А. М. Цыпкин (1930), исследуя пульс и дыхание у 24 исследуемых во внутреннем сне (67 исследований), пришел к выводу, что в состоянии глубокого внутреннего сна пульс замедляется на 6—12 ударов в минуту, а при внутреннем сне слабой и средней степени — на 3—7 ударов в минуту. Число дыханий у всех наблюдаемых им лиц также замедлялось на 3—6 в минуту (рис. 16), что находилось в зависимости от глубины внутреннего сна. Замедление дыхательных экскурсий происходило за счет удлинения паузы между вдохом и выдохом. В этих условиях дыхания становилось более равномерным и в то же время в большей или меньшей степени поверхностным. Глубина дыхания, как показали измерения кривых, в среднем уменьшалась почти вдвое. Некоторые дыхательные составили двое из наблюдаемых у которых в момент усыпления отмечалось учащение дыхания (так же, как и пульса), потом оно, однако, замедлилось и лишь в некоторых случаях частота его стала такой же, как и в бодрствующем состоянии, при помпидовском артериальном давлении. Амплитуда дыхания у этих исследуемых в бодрствующем состоянии была не всегда ровной как по ритмике так и по глубине. Во внутреннем сне эти колебания исчезали.

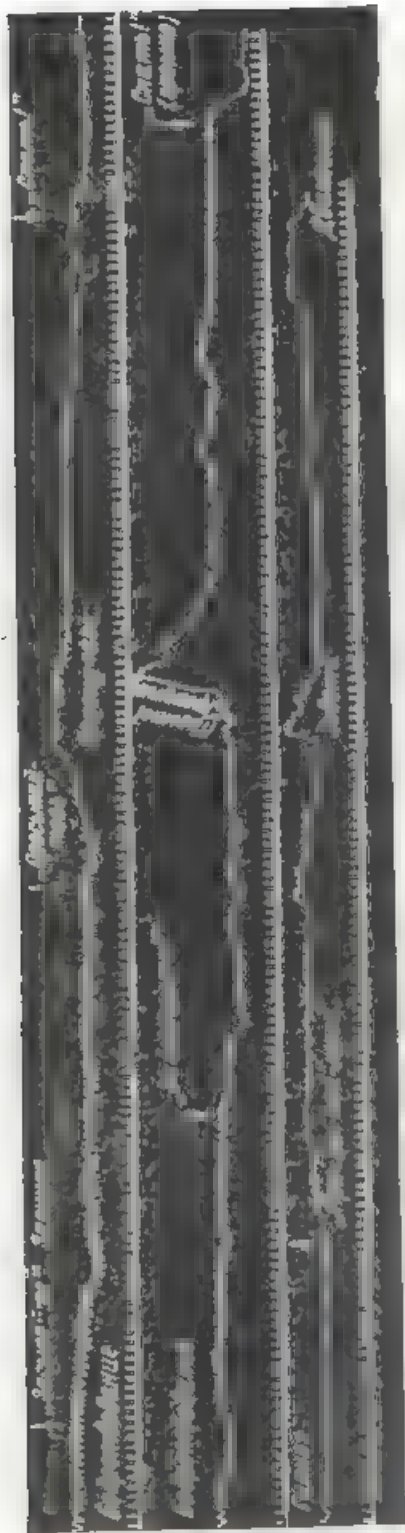


Рис. 16 Развитие скорости наступления сна в пробуждении и зависимости от течения формы словесного возбуждения. Плетизмограммы тангенциальны сфальс-моторам χ и ψ



Рис. 17. Пульс (1) и дыхания (2) в состоянии бодрствования (а) и во внутреннем сне (б). Цифры обозначают частоту пульса и дыхания в минуту

Обратимся к рассмотрению данных, полученных нами в 1928 г. при электрокардиографической регистрации состояния сердечной деятельности наблюдаемых нами лиц.

Приводим пример.

У исследуемой Ш., 42 лет, в бодрствующем состоянии в положении лежа пульс был 62 удара в минуту, артериальное давление 135 мм. Дается приказ «Засыпайте». С этого момента пульс несколько учащается, причем если до того длились бы одной сердечной волны были 0,97 секунды, то она стала равной 0,90 секунды. Однако после полного перехода в состояние вынужденного сна длительность сердечной волны вернулась к ее прежнему значению — 0,97 секунды, а в дальнейшем пульс стал замедляться: через 30 минут после усыпления — 60 ударов в минуту, на 40-й минуте — 57 ударов в минуту, артериальное давление 125 мм. Пробуждение с полной амнезией.

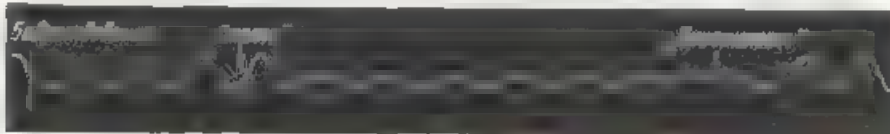


Рис. 18 Изменение дыхания при переходе во внушенный сон и в состояние бодрствования.

Эти данные говорят о том, что если при переходе на бодрствующее состояние в состоянии вынужденного сна пульс учащается, то во время самого процесса усыпления он урежается. Повидимому, это учащение нужно рассматривать как прямую реакцию непосредственно на самое внушение, в то время как состоянию вынужденного сна как таковому отвечает замедление пульса, возникающее с момента начала развития сонного торможения, а в дальнейшем выражающееся еще более резко.

У одной находившейся в нашей клинике больной базедовой болезнью в течение первых сеансов гипноза пульс замедлялся со 117 до 103 ударов в минуту, а в последующих даже до 100 ударов (А. М. Цыцлин и Ю. Б. Грунфест). И. М. Русецкий (1930), исследуя пульс и дыхание, также нашел, что переход в состояние вынужденного сна ведет к замедлению ритма дыхания, быстро выравнивающегося по прекращении сна, в то время как пульс обнаруживает более стойкую и более заметную тенденцию к замедлению.

Сюда могут быть отнесены произведенные Г. Л. Либберманом у 13 лиц исследования глаз-сердечного рефлекса, показавшие, что во время вынужденного сна этот рефлекс усиливается почти вдвое, тогда как ортостатический сердечный рефлекс выражен в меньшей степени. При этом в положении лежа пульс во вынужденном сне замедлен больше, чем в бодрствующем состоянии.

Переходя к рассмотрению реакции со стороны дыхания, следует отметить, что у ряда наблюдаемых нами лиц при переходе их в состояние вынужденного сна наблюдалось не только замедление дыхания, но и изменение глубины дыхательных экскурсий, причем у большинства — в сторону их большей поверхностности.

Так, например, находившийся под нашим наблюдением исследуемый К., 28 лет, в прошлом алкоголик, засыпал быстро, под влиянием одного лишь словесного сигнала «Спать!» На рис. 18 очень демонстративно выражено возникающее при этом быстрое и резкое замедление дыхания, уплощение дыхательных волн, а также быстрый подъем их при противоложном сигнале: «Проснитесь!» На 20-й минуте вынужденного сна дыхание у исследуемого К. оказалось замедленным.

У исследуемой Ф., 27 лет, при 8-м исследовании проведенном в сидячем положении, наблюдалась ясная картина обычного во внешнем сне выравнивания дыхательных волн, а наряду с этим, и ослабление дыхания (по сравнению с дыханием в бодрствующем состоянии). Верхняя кривая (рис. 19) иллюстрирует картину дыхания перед усилением и в начале сна, а нижняя — в конце непрерывного длительного сна и по пробуждении. Пробуждена на 28-й минуте; здесь, как и в первом случае, при переходе из одного состояния в другое особенно демонстративна быстрая смена реакций со стороны дыхания.

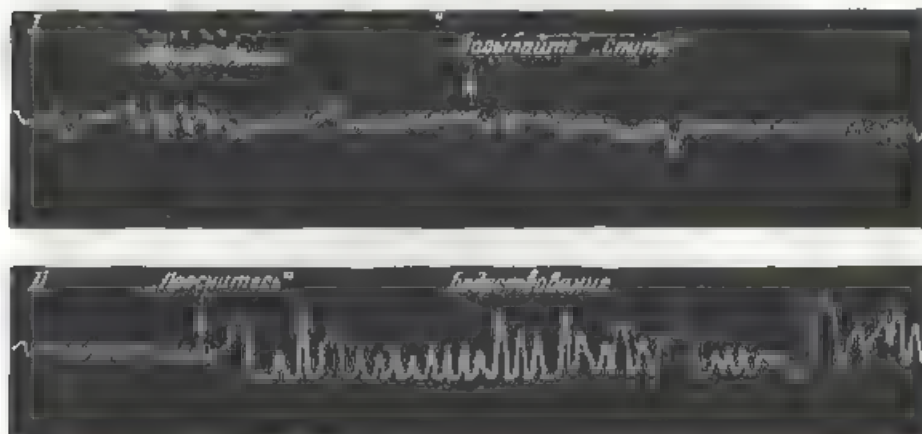


Рис. 19. Изменение дыхания при переходе во внешний сон и в состоянии бодрствования.

I — в начале сеанса; II — в конце сеанса

Это выравнивание дыхания — спокойствие и ритмичность его особенно отчетливо вырисовываются на пневмограммах, записанных в течение почти 1-часового внешнего сна, при лежащем положении наблюдаемой (рис. 20).

На протяжении всего этого времени дыхание оставалось поверхностным, на уровне выдоха, и в достаточной степени ритмичным. На кривой видны нарушения глубины дыхания и его ритма, обусловленные приходящими факторами — перемены положения тела, общими движениями, движениями головы, звуковыми раздражениями (случайное падение стула). В конце пневмограммы представлена картина дыхания в бодрствующем состоянии. Видны изменения ритма дыхания, изменение места при переходах из одного состояния в другое, наряду с изменением глубины дыхания, отмечалось и замедление его.

Как пример выравнивания и замедления дыхания во время внешнего сна приводим наблюдения на больном Н. Дыхание в бодрствующем состоянии у него оказалось крайне неравномерным. Во внешнем сне дыхание замедлялось (9 дыханий в минуту) и в значительной мере выравнивалось (рис. 21).

Следует отметить, что быстрота изменения ритма дыхания происходит при этом параллельно быстроте засыпания, что особенно заметно у наблюдаемой Ш. У других лиц, засыпавших не сразу, при постепенном развитии глубины внешнего сна изменения дыхательной кривой развивались также постепенно.

Итак, на основании довольно большого числа наблюдений, проведенных нами совместно с А. М. Цыпкиным, можно принять, что со внешним

ние пульса и дыхание, как правило замедляются, причем дыхания в большинстве случаев становится не только ослабленным, но и более ритмичным. Выводы, сделанные, в то время как кровяное давление при этих условиях, как правило, падает.

В последние время исследования Я. Л. Шрайберг (1948) также показали, что при длительном состоянии вынужденного сна вегетативные показатели — кровяное давление, дыхание, отделение, уровень

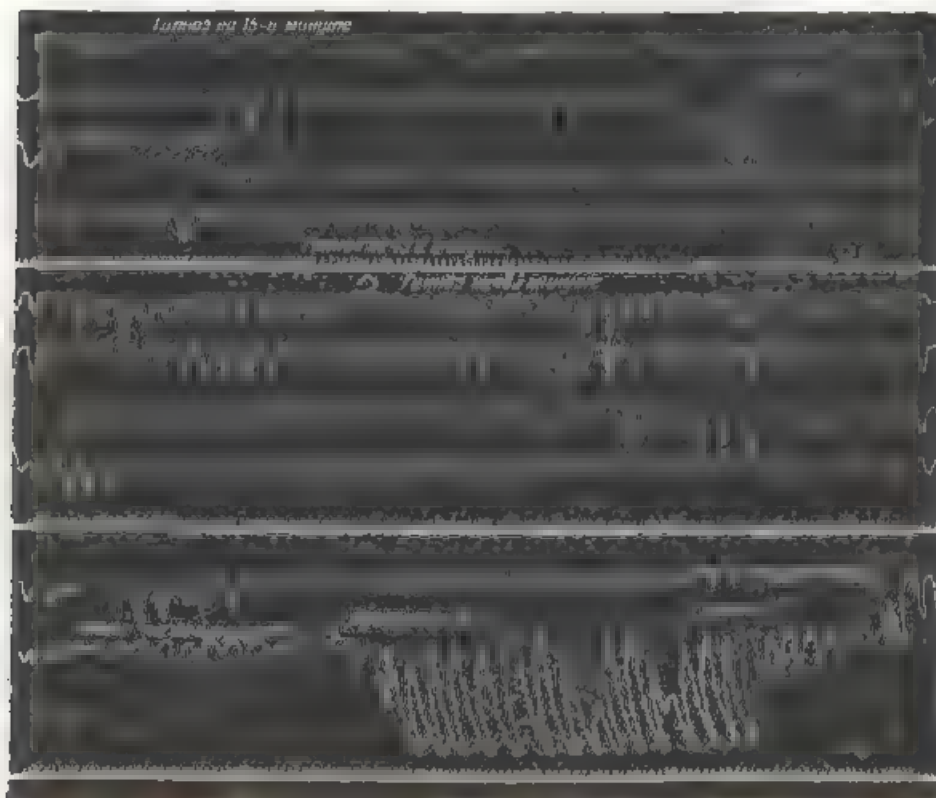


Рис. 20. Дыхание во вынужденном сне, продолжавшемся 1¼ часа.

сахара в крови) падают, что происходит без каких-либо специальных внушений в этом направлении.

Таким образом, реакции со стороны пульса, дыхания, кровяного давления и тонуса мускулов, действительно, могут служить объективными признаками наступившего сна, в частности, вынужденного сна. Особенно ценны в этом отношении изменения артериального давления.

Далее представляют интерес данные Р. Я. Шлифара (1930), полученные в наложении у 6 лиц с регистрацией во вынужденном сне реакции артериального давления на инъекцию адреналина. По этим данным, при введении под кожу 1 мл 1% раствора адреналина у 4 наблюдемых произошла вегетативная реакция, а у двух реакции со стороны кровяного давления совсем не было, в противоположность симпатикотонической реакции, имевшей место у всех них в бодрствующем состоянии.

Аналогичные результаты были получены И. С. Сумбасвым, а за рубежом — Гейлихом и Гоффом (Heilig и Hoff): исследуя состояние вегета-

тиции первой системы и глубоко спящих в естественном сне, они обнаружили, что подкожное введение адреналина, вызывавшее значительное повышение артериального давления в состоянии бодрствования, в естественном сне приводило или к незначительному его понижению, или совершенно не меняло его. У 4 спящих и глубоко погруженном сне инъекции адреналина также не вызвали повышения артериального давления.

Столь же показательны данные исследований И. С. Випа (1953), свидетельствующие о том, что интравенная инъекция лечебной дозы фенотизина, сделанная во время вынужденного сна, вызывает у данного лица понижение артериального давления и замедление сердечной деятельности.

По данным Ф. И. Майорова (1948) изменения дыхания и хрюканья в глубоком естественном сне сходны с изменениями происходящими во вынужденном сне.



Рис. 21. Дыхание во вынужденном сне у больного аффективной эпилепсией.

К этим наблюдениям нужно добавить данные рентгенографических исследований, проведенных нами совместно с рентгенологами Т. Г. Осиповым (1927), Н. М. Бесчинской (1931) и В. А. Конца (1950) в отношении мышечного тонуса желудка во время вынужденного сна.

У 16 здоровых лиц после засыпания, как правило, отмечалось резкое повышение тонуса желудочной мускулатуры, желудок округлялся выше, чем в бодрствующем состоянии, менял при этом свою форму (рис. 22). Вместе с тем замедлялась и эвакуация бариевой каши.

Картина гипотонического состояния желудка наблюдалась в основном у всех наших исследуемых, причем эта гипотония всегда была выражена довольно резко.

Понижение тонуса наблюдалось и со стороны других органов. Так, особенно бросалось в глаза замещение изгиба куполов диафрагмы. Амплитуда их колебаний становилась меньше, что повидному было обусловлено не только влиянием коркового звена торможения на тонус самой диафрагмы, но и понижением дыхательной функции грудной клетки в целом.

По нашим данным (совместно с М. Л. Линецким и А. К. Тропиным), в состоянии вынужденного сна наблюдаются соответствующие изменения также со стороны выделения желудочного сока: секреция его резко уменьшается, а при более глубоком погружении сна и полностью прекращается (при исследовании на тощий желудок).

О. Л. Гердес (1948), изучая у больной с фистулой желудка желудочную секрецию, установил, что в условиях вынужденного сна возникает значительное снижение секреции. Как это выяснил Ф. И. Комаров (1953),

в условиях обычного сна имеет место уменьшение и желудочной и гелато-панкреатической секретции. Таким образом и в этом отношении явления во внешнем сне сходны с таковыми и в естественном сне.

Аналогичные результаты были получены Джонсоном и Басгеймом (Johnson и Washen, 1928). Их исследования показывают, что состояние внешнего сна приводит к временному торможению желудочной секретии, причем кривые общей кислотности и свободной соляной кислоты во время естественного и внешнего сна почти тождественны.

Исследования Глазера (Glaser, 1934), касающиеся содержания ионов кальция в крови, показали, что как во время естественного сна, так и в условиях внешнего сна концентрация ионов кальция в крови падает пропорционально степени углубления сна.

Считаем необходимым упомянуть также об исследованиях дерматолога А. И. Картамышева (1942, в отклике на так называемый феномен Мюллера, включающего, как известно, в том, что после внутрикожного введения бодрствующему лицу незначительного количества молока (или раствора виноградного сахара, вводы, воздуха и т. п.) наблюдается падение количества лейкоцитов в периферической крови. Ф. М. Мюллер считал, что это явление обусловлено безовым раздражением кожи, рефлекторно вызывающим раздражение блуждающего нерва, что и ведет к расширению сосудов в области п. *splanchnici* и к увеличению в ней количества лейкоцитов. За счет чего и периферических сосудах их число уменьшается.

Исходя из данных данного феномена у 22 больных с заболеванием кожи в условиях внешнего сна и проведенным исследованием А. И. Картамышев установил, что при этом феномен Мюллера отсутствует. А. И. Картамышев пришел к выводу, что и феномен Мюллера имеет значение не болезненное раздражение, которое соответствующим внешним или внутренним воздействием, а именно состояние глубокого внешнего сна, в котором делалась инъекция. У тех же больных по прекращении внешнего сна феномен Мюллера получался снова. Отсюда автор делает правильный вывод, что этот феномен может быть обусловлен сдвигами в состоянии вегетативной нервной системы, связанными с самим состоянием внешнего сна.

В 1927 г. нами совместно с А. В. Ренфельдом были проделаны пробы кожно-гальванического рефлекса в бодрствующем состоянии наблюдаемых и в состоянии внешнего сна, показавшая, что и с этой стороны могут быть получены объективные доказательства в пользу происходящих в организме изменений. Действительно, исследованиями, проведенными в последнее время Ю. А. Пивринским, установлено, что при действии стимулов, при самостоятельном засыпании или же при погружении во внешний сон колебания кожно-гальванического рефлекса становятся незначительными и более или менее однообразными по своему характеру. Пробуждение же во всех случаях вызывает быстрое изменение характера этого рефлекса, сопровождающееся колебаниями его величины.

А. И. Мареница (1932) проводила гальванометрическое исследование потовыделений (по модифицированному методу В. А. Подерни) в условиях как естественного, так и внешнего сна. Она установила, что в обоих случаях при засыпании потовыделение уменьшается доходя при глубоком сне до наиболее низкого уровня. Во внешнем сне секретация пота снижается тем больше, чем глубже состояние внешнего сна. И все же данным, как во внешнем так и в естественном сне характер электрической активности коры мозга совпадает (19326).

Представлялось важным выяснить картину вегетативных реакций при различной глубине внешнего сна. Мы уже видели, что глубина внешнего сна не остается без влияния на глубину дыхания. Так на рис. 5 и 11 нами были приведены кривые, полученные при углублении



1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
 11.
 12.
 13.
 14.
 15.
 16.
 17.
 18.
 19.
 20.
 21.
 22.
 23.
 24.
 25.
 26.
 27.
 28.
 29.
 30.
 31.
 32.
 33.
 34.
 35.
 36.
 37.
 38.
 39.
 40.
 41.
 42.
 43.
 44.
 45.
 46.
 47.
 48.
 49.
 50.
 51.
 52.
 53.
 54.
 55.
 56.
 57.
 58.
 59.
 60.
 61.
 62.
 63.
 64.
 65.
 66.
 67.
 68.
 69.
 70.
 71.
 72.
 73.
 74.
 75.
 76.
 77.
 78.
 79.
 80.
 81.
 82.
 83.
 84.
 85.
 86.
 87.
 88.
 89.
 90.
 91.
 92.
 93.
 94.
 95.
 96.
 97.
 98.
 99.
 100.
 101.
 102.
 103.
 104.
 105.
 106.
 107.
 108.
 109.
 110.
 111.
 112.
 113.
 114.
 115.
 116.
 117.
 118.
 119.
 120.
 121.
 122.
 123.
 124.
 125.
 126.
 127.
 128.
 129.
 130.
 131.
 132.
 133.
 134.
 135.
 136.
 137.
 138.
 139.
 140.
 141.
 142.
 143.
 144.
 145.
 146.
 147.
 148.
 149.
 150.
 151.
 152.
 153.
 154.
 155.
 156.
 157.
 158.
 159.
 160.
 161.
 162.
 163.
 164.
 165.
 166.
 167.
 168.
 169.
 170.
 171.
 172.
 173.
 174.
 175.
 176.
 177.
 178.
 179.
 180.
 181.
 182.
 183.
 184.
 185.
 186.
 187.
 188.
 189.
 190.
 191.
 192.
 193.
 194.
 195.
 196.
 197.
 198.
 199.
 200.
 201.
 202.
 203.
 204.
 205.
 206.
 207.
 208.
 209.
 210.
 211.
 212.
 213.
 214.
 215.
 216.
 217.
 218.
 219.
 220.
 221.
 222.
 223.
 224.
 225.
 226.
 227.
 228.
 229.
 230.
 231.
 232.
 233.
 234.
 235.
 236.
 237.
 238.
 239.
 240.
 241.
 242.
 243.
 244.
 245.
 246.
 247.
 248.
 249.
 250.
 251.
 252.
 253.
 254.
 255.
 256.
 257.
 258.
 259.
 260.
 261.
 262.
 263.
 264.
 265.
 266.
 267.
 268.
 269.
 270.
 271.
 272.
 273.
 274.
 275.
 276.
 277.
 278.
 279.
 280.
 281.
 282.
 283.
 284.
 285.
 286.
 287.
 288.
 289.
 290.
 291.
 292.
 293.
 294.
 295.
 296.
 297.
 298.
 299.
 300.
 301.
 302.
 303.
 304.
 305.
 306.
 307.
 308.
 309.
 310.
 311.
 312.
 313.
 314.
 315.
 316.
 317.
 318.
 319.
 320.
 321.
 322.
 323.
 324.
 325.
 326.
 327.
 328.
 329.
 330.
 331.
 332.
 333.
 334.
 335.
 336.
 337.
 338.
 339.
 340.
 341.
 342.
 343.
 344.
 345.
 346.
 347.
 348.
 349.
 350.
 351.
 352.
 353.
 354.
 355.
 356.
 357.
 358.
 359.
 360.
 361.
 362.
 363.
 364.
 365.
 366.
 367.
 368.
 369.
 370.
 371.
 372.
 373.
 374.
 375.
 376.
 377.
 378.
 379.
 380.
 381.
 382.
 383.
 384.
 385.
 386.
 387.
 388.
 389.
 390.
 391.
 392.
 393.
 394.
 395.
 396.
 397.
 398.
 399.
 400.
 401.
 402.
 403.
 404.
 405.
 406.
 407.
 408.
 409.
 410.
 411.
 412.
 413.
 414.
 415.
 416.
 417.
 418.
 419.
 420.
 421.
 422.
 423.
 424.
 425.
 426.
 427.
 428.
 429.
 430.
 431.
 432.
 433.
 434.
 435.
 436.
 437.
 438.
 439.
 440.
 441.
 442.
 443.
 444.
 445.
 446.
 447.
 448.
 449.
 450.
 451.
 452.
 453.
 454.
 455.
 456.
 457.
 458.
 459.
 460.
 461.
 462.
 463.
 464.
 465.
 466.
 467.
 468.
 469.
 470.
 471.
 472.
 473.
 474.
 475.
 476.
 477.
 478.
 479.
 480.
 481.
 482.
 483.
 484.
 485.
 486.
 487.
 488.
 489.
 490.
 491.
 492.
 493.
 494.
 495.
 496.
 497.
 498.
 499.
 500.
 501.
 502.
 503.
 504.
 505.
 506.
 507.
 508.
 509.
 510.
 511.
 512.
 513.
 514.
 515.
 516.
 517.
 518.
 519.
 520.
 521.
 522.
 523.
 524.
 525.
 526.
 527.
 528.
 529.
 530.
 531.
 532.
 533.
 534.
 535.
 536.
 537.
 538.
 539.
 540.
 541.
 542.
 543.
 544.
 545.
 546.
 547.
 548.
 549.
 550.
 551.
 552.
 553.
 554.
 555.
 556.
 557.
 558.
 559.
 560.
 561.
 562.
 563.
 564.
 565.
 566.
 567.
 568.
 569.
 570.
 571.
 572.
 573.
 574.
 575.
 576.
 577.
 578.
 579.
 580.
 581.
 582.
 583.
 584.
 585.
 586.
 587.
 588.
 589.
 590.
 591.
 592.
 593.
 594.
 595.
 596.
 597.
 598.
 599.
 600.
 601.
 602.
 603.
 604.
 605.
 606.
 607.
 608.
 609.
 610.
 611.
 612.
 613.
 614.
 615.
 616.
 617.
 618.
 619.
 620.
 621.
 622.
 623.
 624.
 625.
 626.
 627.
 628.
 629.
 630.
 631.
 632.
 633.
 634.
 635.
 636.
 637.
 638.
 639.
 640.
 641.
 642.
 643.
 644.
 645.
 646.
 647.
 648.
 649.
 650.
 651.
 652.
 653.
 654.
 655.
 656.
 657.
 658.
 659.
 660.
 661.
 662.
 663.
 664.
 665.
 666.
 667.
 668.
 669.
 670.
 671.
 672.
 673.
 674.
 675.
 676.
 677.
 678.
 679.
 680.
 681.
 682.
 683.
 684.
 685.
 686.
 687.
 688.
 689.
 690.
 691.
 692.
 693.
 694.
 695.
 696.
 697.
 698.
 699.
 700.
 701.
 702.
 703.
 704.
 705.
 706.
 707.
 708.
 709.
 710.
 711.
 712.
 713.
 714.
 715.
 716.
 717.
 718.
 719.
 720.
 721.
 722.
 723.
 724.
 725.
 726.
 727.
 728.
 729.
 730.
 731.
 732.
 733.
 734.
 735.
 736.
 737.
 738.
 739.
 740.
 741.
 742.
 743.
 744.
 745.
 746.
 747.
 748.
 749.
 750.
 751.
 752.
 753.
 754.
 755.
 756.
 757.
 758.
 759.
 760.
 761.
 762.
 763.
 764.
 765.
 766.
 767.
 768.
 769.
 770.
 771.
 772.
 773.
 774.
 775.
 776.
 777.
 778.
 779.
 780.
 781.
 782.
 783.
 784.
 785.
 786.
 787.
 788.
 789.
 790.
 791.
 792.
 793.
 794.
 795.
 796.
 797.
 798.
 799.
 800.
 801.
 802.
 803.
 804.
 805.
 806.
 807.
 808.
 809.
 810.
 811.
 812.
 813.
 814.
 815.
 816.
 817.
 818.
 819.
 820.
 821.
 822.
 823.
 824.
 825.
 826.
 827.
 828.
 829.
 830.
 831.
 832.
 833.
 834.
 835.
 836.
 837.
 838.
 839.
 840.
 841.
 842.
 843.
 844.
 845.
 846.
 847.
 848.
 849.
 850.
 851.
 852.
 853.
 854.
 855.
 856.
 857.
 858.
 859.
 860.
 861.
 862.
 863.
 864.
 865.
 866.
 867.
 868.
 869.
 870.
 871.
 872.
 873.
 874.
 875.
 876.
 877.
 878.
 879.
 880.
 881.
 882.
 883.
 884.
 885.
 886.
 887.
 888.
 889.
 890.
 891.
 892.
 893.
 894.
 895.
 896.
 897.
 898.
 899.
 900.
 901.
 902.
 903.
 904.
 905.
 906.
 907.
 908.
 909.
 910.
 911.
 912.
 913.
 914.
 915.
 916.
 917.
 918.
 919.
 920.
 921.
 922.
 923.
 924.
 925.
 926.
 927.
 928.
 929.
 930.
 931.
 932.
 933.
 934.
 935.
 936.
 937.
 938.
 939.
 940.
 941.
 942.
 943.
 944.
 945.
 946.
 947.
 948.
 949.
 950.
 951.
 952.
 953.
 954.
 955.
 956.
 957.
 958.
 959.
 960.
 961.
 962.
 963.
 964.
 965.
 966.
 967.
 968.
 969.
 970.
 971.
 972.
 973.
 974.
 975.
 976.
 977.
 978.
 979.
 980.
 981.
 982.
 983.
 984.
 985.
 986.
 987.
 988.
 989.
 990.
 991.
 992.
 993.
 994.
 995.
 996.
 997.
 998.
 999.
 1000.
 1001.
 1002.
 1003.
 1004.
 1005.
 1006.
 1007.
 1008.
 1009.
 1010.
 1011.
 1012.
 1013.
 1014.
 1015.
 1016.
 1017.
 1018.
 1019.
 1020.
 1021.
 1022.
 1023.
 1024.
 1025.
 1026.
 1027.
 1028.
 1029.
 1030.
 1031.
 1032.
 1033.
 1034.
 1035.
 1036.
 1037.
 1038.
 1039.
 1040.
 1041.
 1042.
 1043.
 1044.
 1045.
 1046.
 1047.
 1048.
 1049.
 1050.
 1051.
 1052.
 1053.
 1054.
 1055.
 1056.
 1057.
 1058.
 1059.
 1060.
 1061.
 1062.
 1063.
 1064.
 1065.
 1066.
 1067.
 1068.
 1069.
 1070.
 1071.
 1072.
 1073.
 1074.
 1075.
 1076.
 1077.
 1078.
 1079.
 1080.
 1081.
 1082.
 1083.
 1084.
 1085.
 1086.
 1087.
 1088.
 1089.
 1090.
 1091.
 1092.
 1093.
 1094.
 1095.
 1096.
 1097.
 1098.
 1099.
 1100.
 1101.
 1102.
 1103.
 1104.
 1105.
 1106.
 1107.
 1108.
 1109.
 1110.
 1111.
 1112.
 1113.
 1114.
 1115.
 1116.
 1117.
 1118.
 1119.
 1120.
 1121.
 1122.
 1123.
 1124.
 1125.
 1126.
 1127.
 1128.
 1129.
 1130.
 1131.
 1132.
 1133.
 1134.
 1135.
 1136.
 1137.
 1138.
 1139.
 1140.
 1141.
 1142.
 1143.
 1144.
 1145.
 1146.
 1147.
 1148.
 1149.
 1150.
 1151.
 1152.
 1153.
 1154.
 1155.
 1156.
 1157.
 1158.
 1159.
 1160.
 1161.
 1162.
 1163.
 1164.
 1165.
 1166.
 1167.
 1168.
 1169.
 1170.
 1171.
 1172.
 1173.
 1174.
 1175.
 1176.
 1177.
 1178.
 1179.
 1180.
 1181.
 1182.
 1183.
 1184.
 1185.
 1186.
 1187.
 1188.
 1189.
 1190.
 1191.
 1192.
 1193.
 1194.
 1195.
 1196.
 1197.
 1198.
 1199.
 1200.
 1201.
 1202.
 1203.
 1204.
 1205.
 1206.
 1207.
 1208.
 1209.
 1210.
 1211.
 1212.
 1213.
 1214.
 1215.
 1216.
 1217.

ниженного сна путем соответствующего словесного внушения, причем параллельно с другими объективными признаками углубления сна имел место также уплощение дыхательной кривой.

Аналогичная картина отмечалась, когда сон исследуемой Ш. был неглубоким. Глубина дыхания уменьшилась у нее в среднем всего лишь вдвое (рис. 23). На этот раз исследуемая Ш., всегда засыпавшая быстро и быстро впадавшая в состояние глубокого сна, спала неглубоко. По ее рассказу, она лишь «глубоко дремала» и иногда даже смутно улавливала все происходившее в лаборатории. При этом и артериальное давление у нее упало на 5, а не на 10 делений, как это наблюдалось при глубоком возбужденном сне.

Повидимому, степень изменения артериального давления, действительно, могла служить объективным критерием глубины сна. Так, в ряде случаев



Рис. 23. Дыхание в условиях поверхностного возбужденного сна.

с полной очевидностью проявлялся параллелизм этих явлений: чем ниже при процессе развития сна падало артериальное давление, тем поверхностнее было и дыхание (независимо от способа усыпления). В пользу наличия постоянной связи между глубиной сна и глубиной дыхания можно считать также тот факт, что уменьшения амплитуды кривой дыхания в период засыпания. Таким образом, кривая дыхания может служить также показателем скорости засыпания. Более детальные исследования А. М. Цыпкина (1930) подтверждают, что артериальное давление и глубина дыхания находятся в обратном отношении к глубине возбужденного сна, причем чем медленнее происходит засыпание, тем медленнее падает артериальное давление.

На основании этих данных мы с полной уверенностью можем говорить о том, что с углублением возбужденного сна дыхание и пульс замедляются, причем у большинства наблюдаемых лиц дыхание становится более поверхностным. Однако могут быть индивидуальные отступления от этого общего положения, что отмечается, как известно, и во время естественного сна, когда может встречаться даже и своеобразный ченик-стоксов тип дыхания.

Особенно отчетливо иллюстрируют сказанное кривые дыхания исследуемого М., 45 лет (рис. 24). На них видно, что до усыпления дыхание исследуемого М. было довольно глубоким. По мере внушения более глубокого сна глубина дыхания постепенно уменьшалась. Чрезвычайно интересно в данном случае картина изменения высоты дыхательных волн относящаяся к моменту словесного внушения «Спите, как ночью!», что, повидимому, явилось условнорефлекторным воспроизведением картины перехода к режиму дыхания, возникающего во время естественного ночного сна.

Подметив это явление и зная, что исследуемый, будучи охотником, привык просыпаться на рассвете, мы сделали ему соответствующее внушение: «Вы спите, как на рассвете!». Если присмотреться к кинематограмме (рис. 25), можно подметить известные изменения в глубине дыхания, оно сделалось менее поверхностным.

В возможности такой именно условнорефлекторной связи говорят следующие наблюдения, сделанные нами совместно с А. П. Матвеевичем: стремясь приблизить условия внешнего сна к естественным естественно в ночное время, мы сделали последнюю III, погружаясь в гипнотический сон, внушение: «Теперь 3 часа ночи, и вы спите так же крепко, как в этот ясный час!». Мы сейчас же заметили, что артериальное давление упало на 10 мм больше, против обычного его падения во внешнем сне. Таким образом как в данном так и в предыдущих случаях возник условный сонный рефлекс на определенное время ночи.

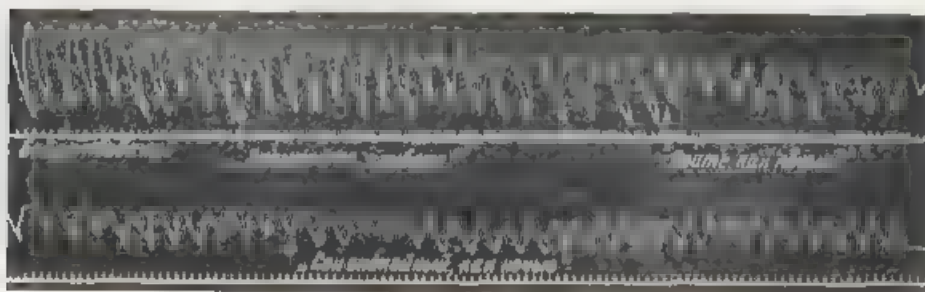


Рис. 24. Дыхание медленно засыпающего исследуемого. Вначале заметное изменение дыхания произошло после сделанного внушения: «Спите, как ночью!»

Из этого следует, что картина изменений со стороны ряда вегетативных показателей, имеющая место при переходе в состояние внешнего сна, с углублением этого сна претерпевает аналогичные дальнейшие изменения, параллельные изменению глубины внешнего сна.

Нам кажется, что приведенные данные вполне достаточны для утверждения, что переход в состояние внешнего сна влечет за собой картину общего вегетативного сдвига в сторону ваготонии. Тем более, что в этих условиях наблюдаются и другие симптомы этого сдвига — сужение зрачков, гипотония поперечнополосатой мускулатуры, мягкого неба и т. п. (рис. 26), а также желудочной мускулатуры (см. рис. 22б).

Остановимся на рассмотрении явлений и состояний, в равной мере связанных как с естественным, так и с внешним сном: артериальное давление, пульс и пр. Из приведенных наблюдений хорошо известно, что сонница может реагировать на некоторые внешние раздражения, причем глубину его сна обычно принято определять именно по степени восприятия им раздражений той или иной силы. Таким образом, сонница не теряет связи с внешним миром и так или иначе реагирует на раздражения. В связи с этим представлял интерес вопрос о возможности таких же реакций и у лиц, находящихся во внешнем сне.

В поставленных для этой цели ориентировочных исследованиях мы пользовались различного рода раздражителями, усыпляя исследуемого лишь трихомом «Зяблянка». «Спите» — это безкаких бы то ни было других внушений, могущих повлиять на глубину сна или на характер возникающих в организме реакций. При этом мы применяли различные раздражители различной интенсивности. Из этого не следовало изменения кривой дыхания у наблюдаемого нами лица, находящегося в состоянии внешнего

мого сна. Но более сильные звуковые раздражения в виде хлопанья в ладоши над самым ухом или сильного стука, не пробуждая спящего, уже вызвали реакцию со стороны его дыхания (см. рис. 9).

Так, у исследуемой М в состоянии вынужденного сна при изменении давления в камере, дающей артериальное давление на 10 делений и постгипнотической амнезии, т. е. при всех объективных признаках вынужденного сна, реакция на звуковые раздражители определенной силы со стороны дыхания и кровяного давления сохранились, что наблюдалось нами и у других лиц. Таким образом, с этой стороны в условиях вынужденного сна мы видели то же, что и в условиях естественного сна.

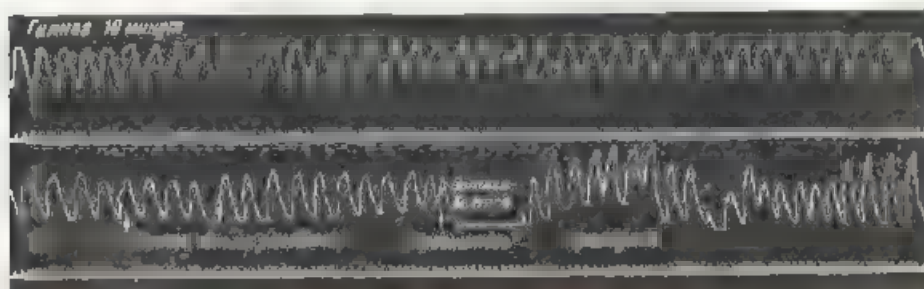


Рис. 25. Изменение дыхания при переходе сна в более поверхностный. Давление деления вынуждения: «Спите, как на рассвете».

Далее, многие авторы отмечают, что лица, находящиеся в состоянии вынужденного сна, иногда видят сновидения. Нам и нашим сотрудникам это явление нередко приходилось наблюдать, причем возникновение сновидения не нарушало установившейся изолированного раппорта, т. е. реагирования только на слова усыпавшего.

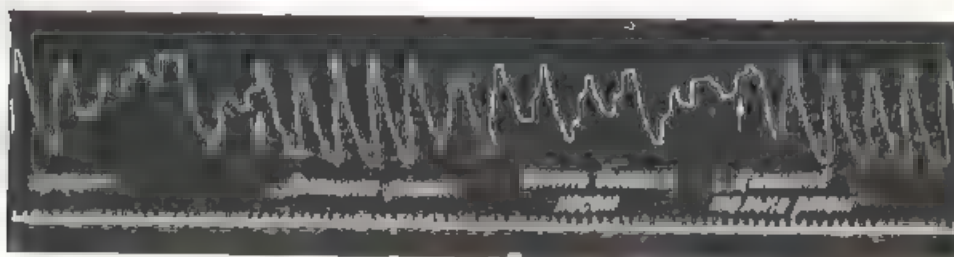


Рис. 26. Дыхание в глубоком вынужденном сне.

Так, сновидению исследуемого М, имевшее место во время вынужденного сна, сопровождалось нарушением характера дыхания и его ритма (см. рис. 26). Так как исследуемый М после пробуждения не мог воспроизвести содержание виденного им сновидения, нами было сделано повторное легкое усыпление, в котором путем словесного отчета было вскрыто содержание этого сновидения исследуемого М (видел летящих валькирий и сонлюбитель охотник и беседа о валькириях имела место часа за три до начала исследования).

Нало сказать, что старым гипнотизмам путем различного рода раздражений, внесенных на периферические рецепторы, удавалось вызвать сновидения в состоянии гипноза сновидения. У многих исследуемых нам

также удавалось вызывать сновидения в состоянии искусственного сна, например, путем звуковых раздражений, сдавливания конечностей, давления в области надплечий, путем кругового проведения тупым предметом по ладонной поверхности и т. п. При этом у каждого из исследуемых развивались сновидения, соответствующие содержанию, о чем можно было судить как по внешним реакциям во время искусственного сна, так и по рассказам самих исследуемых после пробуждения. Иногда они делились нами содержанием своих сновидений без соответствующих наводящих вопросов. Таким же способом, без искусственного содержания, снова удалось вызвать их А. К. Ленцем (1927), а в последнее время, по более усовершенствованной методике, — И. А. Вольпертом (1952).

Приводим случаи, сообщенный нашим сотрудником С. М. Неймером, когда сновидение было обусловлено звуковым раздражителем. Работая на Горновском руднике и проводя психотерапию Самыси, страдавшей тяжелой неврозой, автор однажды усыпил ее в амбулатории рудника. Во время гипнотического сна в соседнем дворе раздался сильный гудок, за ним другой. В это время второго гудка больная не открывая глаз, надругнула и привстала, вскрикнув: «Ой, беда!», соответствующим словесным внушением она была успокоена. При этом путем расспроса, проведенного во искусственном сне, было выяснено, что во время первого гудка больной приснилось, что сна находится на железнодорожной станции и выходит из вагона на платформу, а во время второго гудка, — что она попадает под приближающийся по соседнему пути паровоз.

Как известно, генетическая связь между содержанием сновидения и личными раздражителями (всех органов чувств) установлена многими исследователями — Морью (Mory), Санте де Санктис (Sante de Sanctis), Грегори (Gregory) и др.¹ Поэтому на кору мозга спящего можно воздействовать словесным раздражением во время естественного сна, предопределяя таким путем содержание сновидения и его характер.

Имеются указания, что в некоторых случаях внушения можно проводить также в естественном сне, причем они реализуются после пробуждения (Д. С. Дженсон, 1926; Шиндлер, 1928; Шульц, 1925). Можно сказать, что у людей, привычных к гипнозу, во время их естественного сна можно вызвать те же реакции на слова исследующего, что и во время искусственного сна. (1) таким сохранением раппорта в естественном сне, отмечаемом старыми гипнологами, говорят и наши наблюдения.

Так, в нашей клинике больной, лечившейся гипносихотерапией, исполнил в ночном сне внушения лечащего его врача (наблюдение П. И. Кочневича). Некоторые гипнологи, например, О. Веттерстранд (1893), производили внушения также в естественном сне.

Далее один из наших исследуемых К. 65 лет, обратил наше внимание на следующее весьма часто наблюдавшееся им явление: ему нередко приходилось засыпать в кругу сна своей семьи, когда жена читает детям вслух. Мать, интересуясь чтением, он всегда засыпал в начале чтения и спал обычно с храпом 30—40 минут. Если во время его сна чтение продолжалось, то все прочитанное им усваивалось.

Есть основания думать, что в данном случае возникла условнорефлекторная связь при промежуточном (фазовом) состоянии коры мозга (в период, до естественного раппорта). Подобного рода явления не должны игнорироваться. Более того, основываясь на этих данных, мы должны предостеречь взрослых от громких бесед в комнате спящих детей, так как слышное не людьми способности восприятия во сне, как это имело место у описанного нами исследуемого.

¹ Цит. по Моллю (Moll, 1912).

Далее, как отмечается многими авторами, во время длительного пребывания во внешнем сне у исследуемого не регистрируются двигательные реакции, как и в обычном сне (надохи, перемена положения тела и т. п.). Различия в реакциях в зависимости от фазы сна (внешнего и внутреннего) не обнаружены. Исследования показали, что во время внешнего сна количество двигательных реакций, чем ночью, что может быть поставлено в связь с большей глубиной торможения во время ночного сна.

Иллюстрацией этого может служить следующее наше наблюдение, интересное и в других отношениях. Исследуемая III (в возрасте 24 часов) находилась в состоянии внешнего сна. Она спокойно спала, нередко делая небольшие движения головой или конечностями, меняя положение. Но затем, на исходном исследовании, участвуя в беседе, она сообщила, что ей жалось в частых движениях головы из стороны в сторону, вдохах, гортанных звуках и т. п. Мы предполагали, что исследуемая видит неприятное сновидение и задали ей вопрос: «Что тревожит вас?» Она ответила: «Боюсь опоздать на поезд». Из дальнейших вопросов выяснилось, что она должна была возвратиться в поездку, куда поезд отходил в 1 час 20 мин., но уже за час до этого она стала беспокойно спать.

На данном примере мы видим, что во внешнем сне возможна мотивировка реакции как и в естественном сне и (потенци) реагировать в определенном направлении (в данном случае — от зоны раннего сна).

Необходимо указать на многие другие явления, с которыми также приходится часто встречаться. Это — обычные реакции при пробуждении, которые наблюдаются и при выходе из естественного (или, внешнего, и внутреннего) сна (трепет, пробужденная деятельность, потирание глаз, потирание лица руками, кашель, легкое головокружение и т. п.). По заявлениям самих испытуемых и близких им людей, все эти явления привычны им и при утреннем пробуждении. Так, мы имели случай особенно трудного выведения усыпленного из внешнего сна, которое продолжалось в течение 10—15 минут. Как оказалось, этот человек дома будит по утрам также с большим трудом.

То же нужно сказать о привычных условиях засыпания, обычно способствующих гипнотизации. Одного испытуемого нам долго не удавалось усыпить. Наконец, приняв во внимание его привычку засыпать (на ночь) при чтении книги, мы дали ему книгу и предложили начать читать про себя. После нескольких наших слов усыпления книга выпала из его рук и он заснул.

Наконец, нужно отметить также, что для скорейшего развития внешнего сна к нему следует прибегать в конце дня, когда под влиянием утомления тонус коры головного мозга оказывается более или менее сниженным и поэтому раздражения торможения по всей коре мозга происходит значительно легче. Наряду с этим и сама привычка при засыпании естественным путем также облегчает успех приведения в состояние внешнего сна. В силу этого мы ставим перед собой задачей поощрять сон как сон естественным путем, а не искусственным раздражителем.

Чем отличается внешний сон от сна естественного?

Различия весьма существенны и заключаются, по видимому, в следующем:

1. Для внешнего сна, являющегося, как правило, спом парциальным, гипнотическим (специфическое переходное, фазовое состояние корковых клеток и наличие создаваемого словесным внешним очагом концентрированного возбуждения зона раннего сна), сохраняется в течение всего периода внешнего сна. В силу этого во внешнем сне отмечается наличие ритма — обеспечивающего возможность непрерывного

ного речевого контакта между усыпавшим и усыпленным и наличие повышенной внушаемости, что и составляет необходимые условия для успешного осуществления словесного внушающего воздействия.

2. Данное исследование ставит своей задачей основное развитие внутреннего сна путем процесса функционального расщепления коры мозга на слепые сна и слух, стимуляция. Так, усыпленный человек находится в состоянии, когда к образованию в ограниченном участке коры мозга очага концентрированного возбуждения, выполняющего в этих условиях весьма важную роль. В результате зона расщепления одновременно создает диаметрально противоположные к этому процессу раздражения головного мозга как в тех, так и в других районах коры.

Такое концентрированное возбуждение ограниченного участка коры мозга при слабом или при сильном и низком тоне — гипертоническая или гипотоническая индукция, которая и вызывает это раздражение от всех других влияний. Это и составляет основу для дальнейшего исследования повышенной внушаемости, столь специфичной для состояния внутреннего сна.

4. Если глубина естественного сна зависит от определенных условий соматического состояния организма и если управлять ею мы не можем, то глубина искусственного сна может быть изменена. Различное бодрствующее состояние коры мозга, таким образом, тона ритмичности, производимое словами, внушающими усыпление, при каждом их повторении вызывает дальнейшее углубление функционального расщепления коры мозга, т. е. к еще большему углублению внутреннего сна. Между тем такое разделение, и наоборот — наоборот — приводит к обратному, к снижению концентрации функционального расщепления, а вместе с тем и к ослаблению силы сонного торможения в других ее районах, т. е. сон существует естественным внутренним сна. Если так, то можно и управлять глубиной внутреннего сна, а также полностью прекращать его в любой момент по желанию усыпавшего.

5. Наконец, необходимо отметить также то, что внутренний сон, при определенных условиях может быть искусственно вызван в любое время без предварительного введения гипнотического — транквилизирующего — вещества и усилителем (в т. ч. и в состоянии) и наоборот.

Все это составляет важные основы и функционального состояния внутреннего сна, отличающие его от сна естественного.

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО ВНУШЕНИЯ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГЛАВА II

ОБЩИЙ ХАРАКТЕР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОРЫ МОЗГА ВО ВНЕШНЕМ СНАЕ

Во внешнем сне тонус коры, т. е. процесс возбуждения, которым располагает вся кора, такой слабый, что раз он концентрируется на одном раздражителе, то на другом месте ничего не остается и поэтому все другие раздражители никакого действия не производят.

И. П. Павлов

Если в условиях естественного сна те или иные проявления высшей нервной деятельности, вообще говоря, весьма ограничены, а изучение их встречает значительные технические трудности, то в состоянии искусственного сна картина корковой деятельности может приобретать достаточно большую отчетливость и масштабы, и изучение ее не менее интересно, чем в бодрствовании.

Итак, мы видим, что природа обоих физиологических состояний — естественного сна и сна искусственного — одна. В основе их лежит сонное торможение.

Так как внешний сон представляет состояние неполного сна (сна частичного с сохраняющейся волей раппорта), должен быть разрешен вопрос, является ли он действительно состоянием «отдыха», «покой», «отдыхающим» состоянием, позволяющим коре головного мозга восстанавливать ее работоспособность.

В поисках ответа на этот вопрос мы проследили влияние внешнего сна на анализ и синтез, чувствительные и моторные системы, а также на процессы восстановления. С этой целью А. Н. Маткевич (1930) было проведено первое экспериментальное психофизиологическое исследование. Эта работа посвящена влиянию 2-минутного искусственного сна на возбудимость и чувствительность, проводимых с аналитическими и синтезирующими действиями. Как показали результаты исследования М. Н. Коен-Кратова (1933), гипнотическое состояние «приводит к послегипнотическому выравниванию и улучшению возбудимости», т. е. к улучшению процессов концентрации возбуждения и торможения в коре мозга.

По данным А. Н. Маткевича премия, затрачиваемая на ассоциативный эксперимент, после длительного внешнего сна сокращается, а про-

дуктивно только тогда устанавливается (проверено у 11 наблюдаемых). Из этого невозможно сделать вывод, что длительное пребывание во внутреннем сне, действительно, ведет к восстановлению ослабленных предшествующей работой функций центральной нервной системы.

Далее специальные исследования, проведенные нами совместно с А. П. Манасевичем (1931), показали, что переход наблюдаемого на некоторое время (1, 3, 5 и 20 минут) в состояние внутреннего сна еще не обусловливает восстановления функций нервной системы, сниженных высокой интоксикацией.

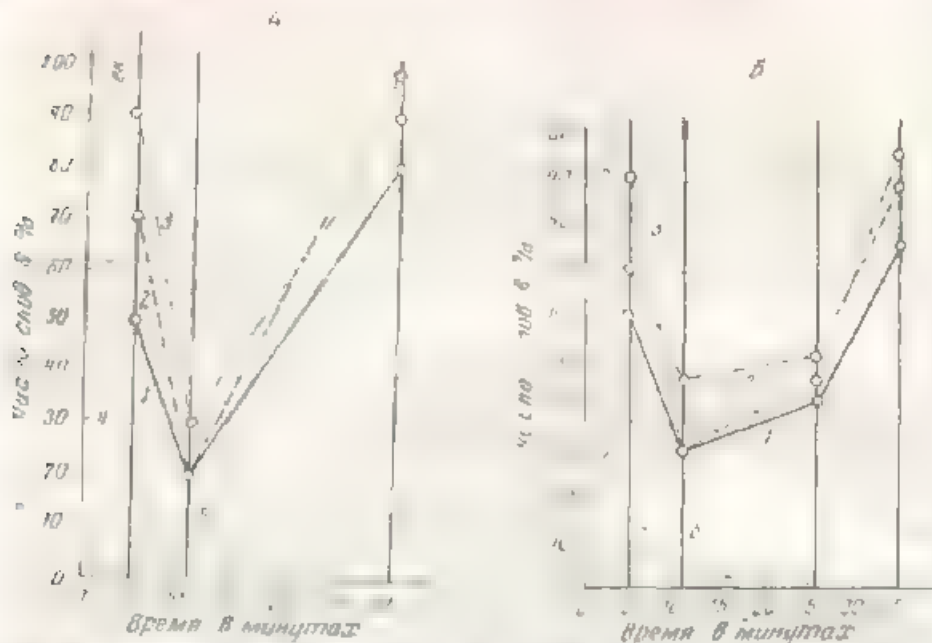


Рис. 27. Выведение из внутреннего сна мыши после интоксикации, вызванной приемом спиртных напитков.

На рис. 27 приведены данные двух исследований, в которых критерием состояния анализаторно-интеллектуальной деятельности нервной системы служило количество правильных ответов на речевые реакции и процентных прямая линия), общее количество ответов на речевые реакции за 3 минуты (пунктирная линия) и скрытый период речевой реакции (линия 3).

При первом опыте (2.VI 1926 г.) после предварительного определения состояния указанных функций в норме (оригинал а), последующая 38-лет. выдержка 100 мг. спирта после чего через 5 минут указанные определения были произведены вновь. При этом по резкому снижению всех показателей (оригинал б). Те же определения, выполненные после 20-минутного пребывания исследуемой в состоянии внутреннего сна и который она была погружена словами «засыпайте» «спите глубоко», показали

тисея тангенциальной функции ϕ и их исходное нормальное значение (ордината ϕ).

При втором исследовании (26/VI 1929 г.) исследуемая находилась до приема той же дозы алкоголя в бодрствующем состоянии 20 минут, и только на 21 и 22 минуте была погружена на 10 минут в состояние внешнего сна. В данном случае состояние тех же функции определено в начале исследования, т. е. до приема алкоголя (ордината ϕ), через 10 минут после приема его (ордината ϕ_1), затем через 20 минут (ордината ϕ_2). Наконец, после 10-минутного внешнего сна (ордината ϕ) следует отметить, что, кроме 10 минут сна, исследования «спитой глупости», «блуждания» и «внушения», которые могли бы повлиять на состояние нервной системы исследуемой, как и в первом исследовании, не производилось.

На обеих диаграммах отчетливо виден результат возникшего алкогольного опьянения и по ходу, и по величине. В результате пребывания исследуемой во внешнем сне на блуждающей кривой наблюдается даже некоторое улучшение аналитико-синтетической деятельности нервной системы.

Таким образом мы видим, что пребывание человека в состоянии внешнего сна способствует более быстрому и полному развитию деятельности. Такой вывод не противен и естественным, так как известно, что даже кратковременный естественный сон может приводить к ослаблению алкогольного опьянения. Аналитико-синтетическая деятельность человека в состоянии бодрствования. По мнению и на основании данных Г. И. Плифера, являющейся во внешнем сне сближающейся с артериальным давлением поведенческого путем и тем самым артериальным давлением. По П. С. Кузнецову, подобное такое же явление наблюдается и у животных.

Дальнейшие исследования, проведенные нами в этом направлении, показали, что одностороннее действие алкоголя на деятельность мозга, вызывая бодрость, влечет за собой разрыв способности, утомленных почти до отказа животных к работе с ним (на диаграмме Мюллер, чем непрерывно увеличивается и увеличивается бодрость). (рис. 28).

Проведенные нами совместно с А. Е. Мясоедовой (1932) исследования, касающиеся тангенциальной функции и ее влияния после определения эмпирической работы показали, что во внешнем сне приходящие к ней в три раза, чем при бодрствовании (после той же дозы в тот же период).

В. И. Здравомыслов (1938) показал положительное влияние внешнего сна на сократительную деятельность матки, что, по-видимому, является результатом так называемого индифферентного и сократительного действия.

Итак, резюмируя сказанное как здесь, так и в предыдущей главе, можно признать, что если под влиянием «спитой глупости», «блуждания» и «внушения» развивается инертное торможение, то в состоянии внешнего сна происходит усиление и стимуляция в сторону бодрости. Важным является то обстоятельство, что с помощью, им вызванным мы можем регулировать также глубину создаваемого таким путем внешнего сна. Эта особенность в различных случаях должна быть использована и применена практически.

Так, найдя дачу снотворного следует сопровождать словами успокоительного содержания, усиливая этим действие снотворного, а иногда и наоборот. Подобные же приемы могут быть применены и к другим веществам, так как должны присоединять к данному им химическому наркоту слова «успокоительного» содержания, тем самым уменьшая, таким путем дозу фармакологического наркотика, ибо словесный раздражитель в данном случае подкрепляет «новой химической» снотворное его действие. Подобным же образом к фармакологическому наркоту должны быть присоединены слова, усиливающие его действие.

вырабатываем условно-рефлекторный сон на слово. В дальнейшем условно-рефлекторный сон заменяет химический агент и поддерживает его действие. Успокаивая детей или усыпляя больных, мы можем углубить их сонное состояние, помня, что внушаемое слово вызывает соответствующее физиологическое и биохимическое изменение во всем организме.

Помня и то, что усиление бодрости в состоянии бодрствования есть уже начальная, самая слабая степень той же бодрости, мы на опыте убеждаемся в том, что теми же словами, успокаивая, действительно, производят полноту для этой же бодрости в состоянии клеток коры головного мозга. Слово «спать» уже изменяет деятельность сердца в положительную сторону (см. рис. 65).

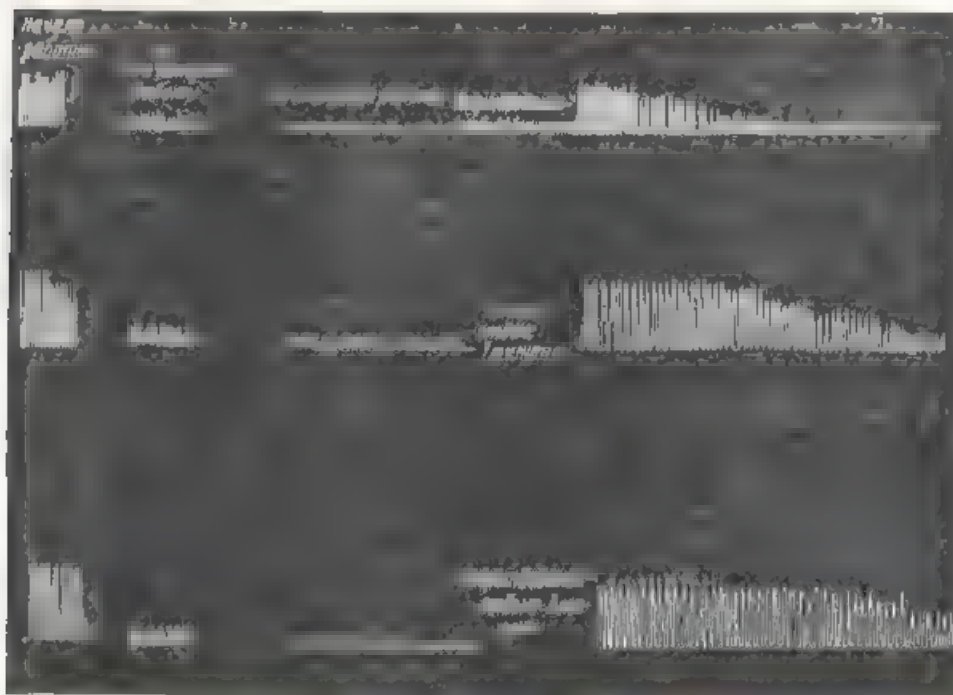


Рис. 28. Различная работоспособность, восстановившаяся одинаково по времени, отдыхом в состоянии бодрствования и гипноза. Мышечные сокращения записаны, эргографом Моссо.

Этими данными подтверждаются изложенные в нашем материале, подтверждающие, что состояние вынужденного сна есть состояние гипноза, а не состояние торможения, восстановление нормальной функциональности убои корковых клеток, ослабленных длительной работой, интоксикацией и т. п.

Если вынужденный сон не есть состояние гипноза, то чем же может быть в таком случае обусловлено констатируемое всеми пробужденными от вынужденного сна состояние сна бодрое и свежее? Чем объяснить отдаление от длительного вынуждения, возникающее после 10-минутного вынужденного сна?

Вместе с тем приведенные нами данные говорят о том, что господствовавшие долгое время ошибочные представления о несбыточности для нервной системы, в частности, для высших психических функций, что она типична для состояния сна, что она не может быть в состоянии сна. Неверно думать, что во время сна организм находится в состоянии физиологических механизмов и посылка новых путей к овладению возможностью сознательного управления организмом, как действительными и возможными процессами в организме. Как отмечает Н. М. Лыков, «механизм влияния поры

мозга на обмен, пути этих влияний, их значение (нормальное и патологическое) — вот вопросы, разработка которых едва ли когда и ответ на которые может дать много неожиданного¹.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОРЫ МОЗГА В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ВНУШЕННОГО СНА

Переходим к рассмотрению вопроса о характере деятельности коры мозга при большей или меньшей глубине внутреннего сна.

Как известно, степень глубины внутреннего сна является определяющей способностью к восприятию внешних воздействий уснувшего и различием амнозии до отношения ко всему пережитому во внешнем сне. При этом В. М. Вехтерев считает практически наиболее удобным различать три стадии: мелкую (1 и 2), среднюю (3 и 4) и глубокую (5 и 6).

При малом типичное исследование отмечает слабое влияние усыпления, способен противостоять воздействиям внешнего внушения, может самостоятельно производить движения, не теряет связи с окружающим и, находясь в дремотном состоянии, ощущает телесную слабость в частях тела и отяжеленный век.

При среднем типичное (так называемая гипотаксия) у испытуемый не может самостоятельно выйти из схватившего его двигательного сна-поисания, у него отмечается некоторое притупление органов чувств и он пассивно подчиняется приемлемым для него внешним усиливающим, частично сохраняя их в памяти. Иногда наблюдаются явления каталепсии (стойкое пассивное сохранение конечностями усиляемого приданного им положения). Он сохраняет ориентировку в окружающем и после пробуждения в большинстве случаев все что помнит из сделанных ему внушений.

Находясь в глубокой и типично характеризуется типичной картиной глубокого сна, в нем отсутствуют ориентировка в окружающем, а после пробуждения — полным отсутствием воспоминания о происшедших во внешнем (если не делалось специального внушения о том, что он будет их помнить). При этом отмечается значительное притупление функций воспринимающих органов и осуществляются словесные внушения самого разнообразного содержания (в отношении психики и соматике). Словесные внушения резко звучат как и самом гипнотическом состоянии с полным забвением их после пробуждения так и после пробуждения в срок, заданный внушением (так называемое и типичное гипнотическое внушение). Это состояние является под названием сомнамбулической фазы гипноза.

Детально детальная систематизация признаков различных стадий внутреннего сна имела практический интерес (особенно в последнее время Е. С. Катковым, таблица которой вышенайденной действительности Харьковского доцентского института, 1944) — представляющим данными исследования 100 взрослых людей (статисты вузов). В схеме Е. С. Каткова (см. Приложение) приведены и дополнительные этапы развития внутреннего сна, причем в ней использованы данные Николая Н. Павлова.

Можно думать, что именно при сомнамбулической стадии внутреннего сна имеет место протекание психики, но в этом случае получают совершенно четкая реакция на внушения словом и быстрая реализация внушенных действий или состояний. Обычно такая стадия внутреннего сна появляется сразу с места, и может быть стойко поддерживаемая соответствующими словесными внушениями. Вместе с тем, поведенческому именно в сомнамбулической стадии и возможны некоторые из тех направленных реакций, которые мы опишем ниже (в главе VII).

¹ К. М. Быков, Кора головного мозга и внутренне органы, М., 1947, стр. 121.

Физиологические механизмы, лежащие в основе той или иной стадии внушенного сна, остаются не вполне выясненными. Непосредственные исследования сомнамбулической стадии интересны: попытки сделаны Ф. И. Мазоровым (1940) и его сотрудниками М. М. Солововой (1941, 1952) и А. И. Марениной (1952). Из их данных, для этой стадии снотворное состояние не глубокого сна, а наиболее глубокой диссоциации корковой деятельности. Эти исследования освещают также некоторые физиологические механизмы диссоциированной деятельности коры мозга, а также некоторые механизмы психотического эпизода.

Следует отметить, что и субъективные переживания при различной глубине внушенного сна, будучи ограниченными и тавтологическими, также имеют свои качественные особенности. В этом отношении представляет интерес описание такого состояния — мим усталенным и без пробуждения.

Приводим одно из таких описаний.

«Когда я нахожусь в гипнозе, — пишет одна из них, — я в каждом сеансе испытываю различные по своему характеру ощущения. Так, в первом сеансе я продолжала чувствовать все свое тело, но ни одним членом двинуть не могла, ясно слыша голос укачивающего и осознавая. Но мысли как-то путались. Это был, я бы сказала, телесный сон. Но с каждым последующим сеансом тело все более тяжелеет и претивала его ощущать, продолжая слышать все происходящее, но мне казалось, что все это происходит где-то далеко, осознается неясно, причем все это является для меня совершенно безразличным.

В последний, 5-й, сеанс я своего тела уже совершенно не ощущала, будто его не было совсем. И думать о чем-либо также не могла: мысли не было совсем. И слышала разные истеричные звуки, меня совершенно не тревожащие. При внушениях все и не забывала, но мысли совершенно не работали и чувства внушения, касавшиеся моих прежних переживаний, меня совершенно не тревожили.

При словах пробуждения я начинаю просыпаться сначала как бы голыми, полными мысля, начинаю думать о том, что надо двигаться, вставать, понимаю, что делается вокруг, но свое тело начинаю ощущать несколько позже, причем, когда сознание прояснилось, стала ощущать тяжесть во всем теле, которая в дальнейшем при полном пробуждении, исчезала.

Итак, из изложенного выше видно, что с новыми особенностями деятельности коры головного мозга, проявляющейся в состоянии внушенного сна, выражаются в следующем.

1. Кроме своего типичного гипнотического животного расчленения больших полушарий на отделы сна и бодрствования, здесь имеет место еще функциональное разделение как обеих сигнальных систем, так и в пределах самой второй сигнальной системы.

2. Деятельность второй сигнальной системы в этих условиях не только оказывается ограниченной узкими рамками зоны раппорта, но имеет часто пассивный характер, находясь в прямой зависимости от словесных воздействий укачивающего. Вне этих воздействий она полностью (или почти полностью) отсутствует.

3. В зоне раппорта вместе с тем отмечается значительное усиление замыкательной функции и отношения к раздражителю в ней сигнальной системы. Это особенно благоприятствует формированию под влиянием словесных воздействий укачивающего новых корковых динамических структур, представляющих физиологическую основу реализации внушенных действий и состояний.

Указанные особенности проявляются в том, что все в межминутно-рассудочная деятельность усиленного сна подчинена лишь к прямым ответам на вопросы усиленного при отсутствии самостоятельного реагирования на какие-либо раздражители, в том числе и на словесные, и входящие от других лиц, так называемый изолированный раппорт. Это понятие поскольку деятельности второй сигнальной системы, лежащая вне зоны раппорта заторможено. Интрузивные отношения, связанные с интерактивной деятельностью усиленного, приобретают совершенно особый характер, что проявляется в исключительной силе влияния слов усиленного. Следует отметить, что словесные раздражители усиленного обычно могут прочно закрепляться в коре мозга усиленного в виде определенных корковых динамических структур, не связанных с прежними такими же структурами.

Это последнее обстоятельство обусловлено изолированностью зоны раппорта от всех остальных районов коры мозга, заторможенных ввиду отрицательной индукции. Временами частично раппорт может иметь только участки коры, которые вовлекаются в реакцию на специально направленные слова усиленного. Вследствие этого последние действия сильно имеют преобладающее значение, т. е. получают силу внушения.

Как в этих условиях характеризуется деятельность второй сигнальной системы усиленного?

Высшая нервная деятельность усиленного подчинена деятельности второй сигнальной системы, а через нее воздействию усиленного. В этих условиях первая сигнальная система в той или иной степени заторможена, вследствие изменения характера замкательной и аналитической функций этих участков коры, которые связаны с деятельностью раздражением слов усиленного. Из-за под влиянием последних в этих участках коры легко может возникать полное выключение деятельности отдельных анализаторов, а также их гипер- или гиподинамия.

Таким образом, высшая нервная деятельность усиленного в условиях усиленного сна детерминирована раздражением усиленного. Вследствие этого для усиленного раздражаются раздражителями со стороны усиленного. При этом даже безусловнорефлекторная деятельность усиленного оказывается в значительной мере, а иногда и полностью, подчиненной этим влияниям.

Каков характер подкорковой деятельности усиленного в условиях усиленного сна?

Подкорковая деятельность его, по видимому, также лишена той активности, которой она обладает в бодрствующем состоянии, и также подчинена воздействию усиленного, которое проходит до нее через кору головного мозга, причем таким путем деятельность подкорки может быть полностью заторможена, изменена в силе или даже направлена.

Итак, мы видим, что деятельность коры и подкорки в условиях усиленного сна резко отличается от таковой в состоянии бодрствования.

Переходя рассмотрение и при этом с особенностями условнорефлекторной деятельности во время усиленного сна, нужно сказать, что работоспособность этому вопросу не стоит. Тем не менее данные разных авторов свидетельствуют в пользу того, так как они имеют ряд специфических особенностей состояния высшей нервной деятельности в этих условиях.

Согласно этим данным, условнорефлекторная деятельность во время усиленного сна претерпевает определенные изменения. Так С. Л. Левин в своих ранних работах (1941) отмечал, что у детей в условиях усиленного сна двигательные и секреторные условные рефлексы, вырабатываемые ранее

в бодрствующем состоянии резко падают, причем обнаруживается диссоциация как между двигательными и секреторными условными рефлексами, так и между симпатическими и жевательными безусловными рефлексами, выступают также переходные (фазовые) состояния — парадоксальная ультрапарадоксальная и тождественная фазы вплоть до возникновения полного сна.

По данным П. М. Писковского и С. Л. Левина (1932) вызываемая путем интубации в гипнотическом сне секретция слюнных желез на определенные раздражители падает, то по механизму обычно условного рефлекса, оказывается не более обильной, чем при аналогичном тупощении, сделанном в бодрствующем состоянии. Это также говорит о том, что корковые клетки во внешнем сне способны к более усложненной деятельности, чем в бодрствующем состоянии.

По данным К. А. Павлинского и П. Н. Крауцотт (1936), в условиях внешнего сна в разных условиях торможение условнорефлекторных связей оказывается различным по времени, вплоть до полного их исчезновения. При пробуждении же у большинства условные рефлексы восстанавливаются не сразу и не в полной мере, что относится как к дорвосточной, так и к поствосточной нервной системе, причем редкие реакции затормаживаются первыми и восстанавливаются последними.

Согласно исследованиям Р. М. Лиан и М. А. Давидарова (1936), в начале бодрствования еще вырабатываются ранее условные рефлексы сохранения, и они продолжают в их скрытом периоде усиливаться. При этом отмечается и своеобразное торможение дифференцированных раздражителей. После пробуждения наблюдается явление концентрации тормозного процесса.

Что же касается образования в состоянии внешнего сна новых условнорефлекторных связей, относящихся к корковой сигнальной системе, то, по мнению этих авторов, в неглубоком внешнем сне это оказывается возможным, хотя и затруднено, в глубоком же сне образование новых условных рефлексов, относящихся к первой сигнальной системе невозможно.

По данным Ю. А. Павлинского (1937) условные рефлексы, выработанные в бодрствующем состоянии, проявляются во внешнем сне — в спящем — в течение периода, а у части исследуемых вообще отсутствуют. При этом даже в условиях полного внешнего сна сохраняется реакция на словесные раздражители у спящего. Более сложные и сложившиеся более прочные условные связи речедвигательного аппарата затормаживаются при погружении в состояние внешнего сна первыми, а при пробуждении из этого состояния освобождаются от торможения последними.

По данным И. И. Короткиля, Ф. П. Майорова и М. М. Сусликовой (1951) условные рефлексы, выработанные в бодрствующем состоянии, в сомнамбулической фазе внешнего сна исчезают. В случае же перехода исследуемых в фазу дремоты в состоянии они проявляются. Что же касается безусловных рефлексов, то в глубоком внешнем сне они также затормаживаются и медленно уменьшаясь в течение сна при обратном переходе в фазу дремоты увеличиваются до своего исходного, нормального значения. Что же касается новых условных рефлексов, то в сомнамбулической фазе внешнего сна они совсем не вырабатываются.

А. И. Трапезников (1951) отмечает, что сомнамбулическая фаза мозга в условиях внешнего сна — фазы заторможенных клеток, естественно, не может остаться без влияния на другие клетки и отделы больших полушарий, в которых может сохраняться разное состояние возбужденности и депрессивности. Он подчеркивает, что при этом условные рефлексы осуществляются клетками, лежащими в зоне разлорота,

могут быть большими, чем в бодрствующем состоянии. Это, по мнению И. П. Кравцова, обусловлено тем, что во время индукционных воздействий — ритмических потягиваний — бодрствующих отслои коры приобретают сильную силу. В то же время прочие условные раздражители, связанные с корковыми клетками, клетками Гольджи бодрствующих — они оказываются в большей или меньшей степени задержанными.

Выработка в этом состоянии новых условнорефлекторных связей, по данным И. П. Кравцова, может осуществляться с таким же успехом и во время бодрствования в тех случаях, когда клетки коры головного мозга. По мнению автора во время этих раздельных состояний коры могут возникать ее связи с другими бодрствующими корковыми и подкорковыми системами.

Как отмечают Б. В. Павлов и Ю. А. Новоринский (1953), условные связи при словесных подкреплениях, исходящих от усыпавшего, во внушенном сне образуются быстрее, чем в бодрствующем состоянии. При этом в состоянии сна фаза внушения словесное подкрепление, как правило, является более длительной и более длительную реакцию с меньшим скрытым латенсом, чем непосредственный первоначально раздражитель.

Указанные авторы отмечают также, что в бодрствующем состоянии условная двигательная реакция, как правило, в большей мере отстает не только от внешнего раздражителя, чем словесному во внушенном же сне она в большей степени следует словесному раздражителю, исходящему от усыпавшего, причем в том случае она нередко возникает с места. Таким образом, во внушенном сне более сильными и более длительными оказываются те раздражители коры головного мозга, которые связаны с деятельностью второй сигнальной системы в зоне ранпорта.

Если же словесный раздражитель исходит от постороннего лица, то условные двигательные реакции в сомнамбулической фазе внушенного сна либо совсем отсутствуют, либо оказываются значительно меньшими, чем на соответствующий раздражитель в бодрствующем состоянии. Раздражитель в скрытом периоде реакции является более длительным. В то же время при словесных раздражителях в этих условиях реакция отсрочивается, то он вызывает реакцию более длительную, чем непосредственный условный раздражитель, на основе которого она была выработана.

Важно отметить, образование промежуточных или непосредственных раздражителей (также как и на словесные раздражители от постороннего лица) во внушенном сне происходит медленнее, чем в бодрствующем состоянии.

Интересно также то обстоятельство, что условные связи, возникающие во внушенном сне, как правило, проявляются только в этом состоянии и не сыплют в период бодрствования. Однако если во внушенном сне будет создан дополнительный словесное внушение реагировать, то пробуждения так же как и во время внушенного сна, то эти условные связи также пробуждения и являются образующимися. Это говорит о том, что характер условнорефлекторной деятельности можно изменять путем тех или иных словесных внушений.

Следим далее, что, по данным В. В. Андреева (1941), в момент того как происходит внушение происходит ослабление внушенного сна, по данным же Ю. А. Новоринского (1947) внушения вызываются и во бодрствующем сне, что обусловлено тем, что в состоянии коры мозга, что, по мнению, может быть обусловлено возникновением чего-либо во внушенном сне, что обусловлено усилением по всей стрипательной индукции торможение в остальных участках коры мозга.

Отметим, что в главах исследования Н. П. Маторова (1950 и М. М. Усольев (1948), во время соматоматической фазы повышенного сна значительно повышается количество транзиев с толзами в сочетании (в их совокупном анализе) с тем числом ошибок, увеличивается. Это свидетельствует о том, что торможение распространилось в этих условиях также на вторую сигнальную систему.

По данным Н. И. Красногорского (1951), степень заторможенности во внешнем взаимодействии различных анализаторов может быть различной. Так, в то время как реакция на свет и сомнамбулической фазе не связана, для одной из его исследуемых путей — акустической, реакция слухового анализатора не только не связана, а, наоборот, оказывается резко усиленной.

В изложенное свидетельствует о закономерности происходящих в условиях впускного ска значительных изменений и характера кривой напряженности, определяющих при этом специфику поведения первой и второй фазы систематическое изучение которой составит предмет дальнейших исследований.

ВКУШЕННЫЙ ОТДЫХ В ГИПНОТИЧЕСКОМ СНЕ

Остановимся на рассмотрении того особого состояния, какое может быть создано во внутреннем нас путем следования за чувствами глубокого отдыха.

Уже в исследованиях А. И. Машевич (1930) выступило как первый план важное положительное значение слесного внешнего ускорения для состояния полного отдыха.

* Так, по данным А. Н. Мадьянич, после словесной инструкции усиленным «Вз сейчас» дыхательные функции верхних отделов верхней системы исследуемого улучшались более, чем в том случае, если имела место одна обычная инструкция: «Сните глубоко!».

Попутно выяснилось и то важное обстоятельство, что в период внутреннего сна далеко не всегда имелись явления полного телесного и душевного покоя, т. е. отсутствия какой-либо стимуляции. Это объясняется тем, что при этих условиях могут полностью отсутствовать реакции усыпленного на те или иные побочные внешние и внутренние раздражения.

Выше мы уже приводили наблюдение, когда исследуемая Ш., действительно находившаяся в состоянии внутреннего сна, внезапно стала проявлять признаки бодрствования что было обусловлено одним из внешних обстоятельств и означало продолжения сна предельно малый перерыв и она бодрствовала продолжительнее. Такая установка на фактор времени у нее возникла перед усилением и проявилась во внешних снах (за час до начала сна) и в ряде случаев, идущих от возникшего и продолжавшего бодрствовать «второгового пункта».

Питие мы приводим аналогичный пример беспокойства, проявившегося во выуженном сне под влиянием интродуктивного раздражителя

Для изучения изменений функции желудка в отделе пищеварительного тракта при расстройстве (О. Г. Голдберг [194]) применяли сульфатных сфинктер желудка. Состояние желудка при секрети — пептической и пищевых условиях глубокого отдыха во внутреннем сне. Это было (1) — с пептической и пищевым питанием и выключением, но с переносом — т. е. в состоянии сна. В результате исследования. Исследования проводились в клинике — психического лечения М. И. Певзнера в условиях глубокого внутреннего сна.

Приводим пример.

Больной Н. была сделана операция янтоторакального пищевода, через которую она в течение нескольких месяцев вполне установилась питаться. Больная легко поддавалась, интубации, кучу внутреннюю с молила ча им.

находиться в глубоком вынужденном сне. Это позволило изучать желудочную секрецию в тех условиях, когда, помимо обычного физиологического покоя, не делаясь, по крайней мере, выходя из него вынужденно не достаточно быстрого сна. Такое состояние характеризовалось полным расслаблением всей скелетной мускулатуры, спокойным равномерным дыханием, ровным ритмичным пульсом. При этом замечалось, что желудочная секреция, начинавшая заметно снижаться, с началом вынужденного сна при введении «состояния абсолютного покоя» в течение короткого времени, а именно в течение нескольких минут, полностью прекращалась. Это продолжалось в течение всего периода, пока больная находилась в состоянии вынужденного сна «абсолютного покоя», которое в отдельных случаях длилось до 2 часов.

Если же с целью контроля такого «состояния абсолютного покоя» прерывалась вынужденная деятельность (например, ей вставали, что она ест пышный завтрак — со сливочным маслом и жареным бефстроуфелем), то у нее тотчас же возникала энергичная желудочная секреция с весьма повышенным содержанием сока. При этом больной ожидала, приходила в радостное настроение и ее лицо делалось бесмысленно спокойное, отражая удовольствие от еды вкусного блюда.

Эти наблюдения привели нас к признанию чрезвычайной важности значения создаваемого искусственным вынуждением особого физиологического состояния глубокого отдыха.

Следует особенно подчеркнуть, что естественный сон далеко не всегда приводит все органы и системы человека в состояние полного отдыха. В условиях естественного сна в коре мозга нередко могут сохраняться строгие очаги возбуждения, обуславливая сгущенность и напряженность времени бодрствования (или же выходя за пределы) нехотятными равными воздействиями. Неудачные эти вызывающие или помехи в характере корковой динамики могут оставаться незамеченными окончательно и поэтому могут вести к состоянию ее дисбалансировки. В это же может не отражаться на состоянии во время сна внутренних органов, скелетной мускулатуры, частично продолжающих сохранять свои несколько аномальные тонусы, несмотря на общее состояние покоя. Обычно это проявляется в том, что естественный сон скандалится в таких случаях беспокойным или поверхностным, сопровождающимся спондилярными движениями во сне и пр.

Именно вследствие этого и необходимо оказывать специальное воздействие на кору мозга усыпленного путем словесного внушения, что его организм «пришел к состоянию полного покоя», или «прибывает к абсолютному покою», при котором «все пережитые волнения полностью угасли», а его мозг, как и все органы и ткани, быстро и полностью расслабляются и впадают в сонливость. Таким образом первым приемом словесного внушения человек переводится на обычное бодрствующее состояние. Состояние вынужденного сна, а вторым приемом внушения создаются специальные условия для глубокого отдыха в этом вынужденном сне.

Как мы имели возможность убедиться на основании многолетнего применения этого приема, физиологическое состояние «глубокого отдыха» во вынужденном сне «идентично» с тем, которое мы получали для животных после анастезии нами делая огромное воздействие. Помимо этого, это было связано с тем, что слова внушения «прибывает к абсолютному состоянию глубокого отдыха» ведут к возникновению в коре головного мозга состояния усыпленного, а отсюда и во всем его организме соответствующих физиологических и биохимических изменений. При этом в их основе лежит не только физиологический механизм репродукции следов действия

того когда-либо в прошлом состоянии наиболее глубокого и полного отдыха, но и в период бодрствования и бодрости, специфичности, но и в состоянии бодрости и деятельности, представляя в данном случае и образованию соответствующей комплексной динамической структуры «состояния полного отдыха».

В таком состоянии глубокого отдыха во внешнем еще неощущаемой для человека в течение некоторого времени (от 1 до 1 часа и более). Как показывалось, такое состояние и пребывание в этом состоянии в большинстве случаев является максимальным для каждого организма человека. При этом такое длительное состояние внутреннего глубокого отдыха чрезвычайно благоприятствует здоровью организма, его развитию и на всю дальнейшую жизнь. Оно способствует и на совершенствованию деятельности всех тканей и органов, а также всей вегетативно-эндокринной системы.

Несомненно в том, что состояние внутреннего глубокого отдыха на создание глубокого отдыха человека рефлекторно вызывает действие биохимических изменений и изменений в состоянии системы, действующей в организме. В это время функции организма, в состоянии отдыха, в котором в коре мозга на основе давних прошлого опыта, конечно, имеются многочисленные следовые связи. Поэтому внушение: «Сейчас все наше тело находится в состоянии глубокого отдыха, и организм человека переходит в состояние полного физиологического покоя. Последний, как известно, характеризует организм как организм, который находится в состоянии деятельности, так и изменений в клетках (обычно выражающихся в виде выделений секрета, механических эффектов и др.). Однако в этих условиях, при видимом покое, в клетках происходит особая и специфичная деятельность. Так, в железах непрерывно идет подготовка секрета, в мышцах — ряд последовательных невидимых явлений для выполнения будущей механической работы. Как указывают М. Давидович (1947), такое состояние физиологического покоя, «по всей видимости, нуждается в весьма малом расходе энергии», а настройка уровня покоя зависит в значительной степени от положительных стимуляций.

Какие физиологические механизмы лежат в основе возникновения состояния «глубокого отдыха», вызываемого путем внушения?

На основании специально проведенных нами экспериментальных исследований можно думать, что такое состояние человека — это результат усиления или усиления положительных функций коры мозга. Как известно, эта функция коры, наиболее интенсивно изучается в последние годы Г. В. Фольборгом (1951) и его сотрудниками.

Мы полагаем, что высокая степень готовности глубокого отдыха может быть обусловлена максимальной активацией восстановительной функции коры мозга, осуществляемой в условиях временного выключения других ее функций, в том числе замыкательной и анализаторной.

Состояние внутреннего глубокого отдыха представляет для исследователя не только несомненный теоретический интерес, но и важное практическое значение.

ГЛАВА V ЗАМЫКАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ

*...первое замыкание и есть первый
первый механизм, с которым мы встре-
чаем при изучении функциональной дея-
тельности коры больших полушарий*

И. П. Павлов

Переходим к исследованию влияния на корковые процессы через вторую сигнальную систему. Начнем с рассмотрения вопроса: какое влияние слова на замыкательную функцию коры мозга.

В частности, прежде всего нас интересовало, возможно ли действием слова изменить или даже полностью устранить возникшую ранее условную связь и каковы условия реализации самого словесного внушения, т. е. замыкания дуги типичнейшего условного рефлекса человека, каковым является действие слова.

Прежде всего мы рассмотрим данные наших ранних исследований в этом направлении, проведенных еще в 1910 г. в лаборатории Н. М. Бехтерева и описанных в одной из наших работ по физиологии (11).

Для этой цели мы воспользовались хорошей гипнабельностью двух добровольцев — мамы и папы, — истрова и папы, и в течение нескольких последующих дней в лаборатории. У обоих испытуемых после безболезненного введения 0,1 г. дигиталина (0,5 г. дигиталина) наступила полная двигательная заторможенность (сумма раздражений свет + звук) и на каждую из этих раздражителей (свет + звук). При этом двукратная реакция (быстрое движение языка и рта) на звук (сигнал) и медленная реакция (сигнал) осуществлялась более энергично, чем на свет (электрическая лампочка в 16 вт).

После ряда проб на прочность рефлексов первая из исследуемых раздражителей в состоянии гипноза (на 1-й день) была выключена, а вторая — оставлена вместе с раздражителем. В результате не являлось действия раздражителями вызывающими движение языка. Но при дальнейшем воздействии ряд однократных световых раздражений не вызвал никакой реакции: рефлекс оказался заторможенным. Это можно считать исследуемым так, как до того он был и не вызывал никакой реакции на раздражители. Но пробы на звонок и на сумму раздражителей (свет + звук) двукратную реакцию вызвали. И лишь в следующее утро (второй день) двукратное движение языка, на раздражение в сторону языка реакции и движения языка заторможенного. Двукратный рефлекс также на звуковой раздражитель. После этого была сделана обратная внушение «свет и звук»

стали вызывать движение ноги, в результате чего рефлексы как на свет, так и на звук полностью восстанавливались.

Ковечко, в данном случае, казалось бы, можно было заподозрить в возможности имитации. Но это исключалось тем, что исследуемая, как уже упоминалось, до того не могла произвольно задержать движение ноги, причем и на свет и на звук ее двигательный ответ был рефлексом, а не только прочем, что проявлялся и вне лабораторной обстановки, например, в домашних условиях при включении света или темной комнате искрогазированной лампы. И только при включении данного исследуемого в определенных условиях звание все это вызывало у нее, по ее собственному выражению, непроизвольное «дергание ноги».

У второй исследуемой образовался такой же прочный условный двигательный рефлекс. Особенности поведения заключались в том, что вместе с движением правой ноги реакция в виде одностороннего отклонения (под лампой и в состоянии стопы реакция на свет и на звук не проявлялась



Рис. 29. Влияние словесного внушения на выработанный ранее двигательный условный рефлекс.

а — до словесного внушения, б — после внушения одностороннего отношения к обоим реагентам.

в форме клонических колебаний стопы, длительность которых продолжалась 0,4 секунды после прекращения одностороннего звучания звука. Таким же образом исследуемая в дальнейшем усиленно раздражалась. На первом же сеансе обнаружилось, что эта своеобразная клоническая реакция была связана лишь со звуковым усиленным раздражителем (звуком), причем она длится всегда и после прекращения звучания звука. Сила этой реакции была аддитивна силе раздражителя, что особенно ярко проявилось после замены звука звучанием струны при разных октавах. С усилением двигательной реакции развивалась соответственно затиханию звука струны, но движения сохранялись и по прекращении звучания струны (рис. 21, а). Реакция же на 1-секундное световое раздражение была иная — движение стопы прекращалось одновременно с окончанием светового раздражения. При этом даются явления так же как и дергания, никогда не удавалось произвольно не только усилить и подавить, но даже и ослабить эту двигательную реакцию. По словам исследуемой, «нога двигается не по моей воле и удерживать ее я не могу».

Для выяснения возможности заменить путем внушения характер реакции на условное раздражение мы сделали следующее внушение: «К свету и звуку более спокойное и равное отношение!». Разудав исследуемую, мы стали попеременно воздействовать то звуком струны, то светом лампы. Полученные рефлексы показали, что снеченно сделанному внушению (рис. 29, б). Такой же положительный эффект был получен и при внушении абсолютной нечувствительности по отношению к обоим агентам реакции не было ни на звук струны, ни на свет.

Интересно отметить, что звуковые раздражения, дававшиеся в течение исследования (и в время беседы, проходившей уже вне опыта и кабриж), также не вызывали ни подергивания кожи, ни раздражения всего тела, и то время как до указанного отрицательного внушения эти реакции имели место. Следовательно, отрицательное внушение продолжало оставаться действительным и после окончания процесса самого исследования. Это влияние сохранялось и в последующие дни. Для восстановления прежних реакций оказывалось не необходимым соответствующее внушение противного характера. И тогда прежнее отношение выходящее к тем же раздражителям тотчас же снова актанавливалось.

Эти исследования, хотя и произведены только у двух лиц, позволили убедиться в том, что слово имеет значение реального действующего фактора, заменяющего условно-рефлекторные реакции в том или ином направлении, подавая их в одних случаях, оживляя в других и извращая в третьих.

Для нас эти исследования в те годы (1910) имели особое значение в связи с интересовавшими нас вопросами о взаимодействии сложной и простой на высшую нервную (психическую) деятельность человека. Если слово могло оказывать свое влияние на поведение человека, то отсюда следовало, что оно должно было оказывать воздействия и на элементарную условно-рефлекторную деятельность, в том числе и на двигательные условные рефлексы. Изученные данные подтвердили наши предположения, подведя этим самым физиологическую базу под понимание механизмов сложной системы воздействия, оказываемых словом на высшую нервную деятельность.

В дальнейшем аналогичные исследования в том же направлении были выполнены В. М. Бехтеревым и Н. М. Целовановым (1925), В. М. Бехтеревым и В. И. Мяснищевым (1926), подтверждающими результаты наших исследований. Ими также с полной ясностью устанавливалась возможность влияния словесного раздражителя в разнообразных направлениях на условно-рефлекторную деятельность, и притом в состоянии как бодрствования, так и внутреннего сна.

Как будет видно из дальнейшего изложения, уже само гипнотическое терминологическое понятие (в частности с точки зрения фазы) т. е. без наличия в состоянии внутреннего сна как такового, также имеет большое значение не только для экспериментальных целей, но и для лечебных внушений. Как показывают данные лаборатории И. П. Павлова и многочисленные клинические наблюдения, гипнотическое состояние играет немалую роль также в процессе образования некоторых невротических состояний, нередко представляя при известных условиях самостоятельное, без нарочито вызывания состояния внутреннего сна. При этом, как мы знаем, гипнотическое состояние может иметь ряд степеней, начиная от едва заметного состояния и вплоть до «почти не отличимого от бодрого состояния» (И. П. Павлов). Тем не менее уже при самом легком снижении коркового тонуса может иметь место та парадоксальная смена отношений, в условиях которой и создается повышенная внушаемость.

Заботясь несколько вперед, отметим, что, повидимому, в этом именно состоянии и возникает стойкая фиксация образовавшихся временных связей, иногда приобретающих характер патологических «неуязвимых реакций» типа так называемого навязчивого состояния, и что эти психогенно возникающие навязчивые состояния обусловлены словесным внушающим воздействием идущим на кору мозга в условиях гипнотического состояния, при снижении ее тонуса. В свою очередь эти состояния могут быть установлены соответствующим словесным внушением в том же сниженном состоянии тонуса коры мозга, но только искусственно создаваемом, в каком они

образовались. В этом и состоит сущность лечебного применения слова во время вынужденного сна.

Для иллюстрации сказанного приведем ряд типичных наблюдений. Все они содержат в себе замечание условнорефлекторной связи с возникновением соответствующего патологического синдрома и устранение этого синдрома словом врача. В некоторых наблюдениях явно выступает активная роль словесного внушающего воздействия, травмирующего психику.

1. Больной К., 31 лет, парикмахер военной части, обратился с жалобами, что он в течение последних 3 лет страдает навязчивым страхом, лишающим его возможности обслуживать лиц высшего командного состава. При попадании в парикмахерские этих клиентов его охватывает непреодолимое волнение, возникает общая слабость, появляется дрожь в ногах и в руках, связанная с боязнью поранить клиента. Диагноз: боязливость, психастения. Применявшиеся в течение всего этого времени разнообразные терапевтические мероприятия оказывались безрезультатными.

В беседе с больным удалось выяснить причину образования этого невротического синдрома. Он сообщил, что брил одного из лиц высшего командного состава. Благополучно побриав одну щеку, вышел в соседнюю комнату для того, чтобы направить бритву. Там зашедший обратился к нему в тревожно-предупредительном тоне: «Начальник! Ты знаешь, когда ты бреешь? Ведь это начальник нашей части! Ты видишь, у него три ромба! Смотри, не порежь его!».

«И как-то оторопел при слове „начальник“, — говорил больной, — и мне пришла мысль, что могу его порезать. Струсил и с большим неуверенностью в руке кое-как добрил его, весь дрожа и действительно чуть было не порезал. И с тех пор не могу брить клиентов с ромбами в петлицах. Боюсь, дрожу...».

В этом случае образовался прочно зафиксировавшийся патологический условный рефлекс на данную ситуацию, выразившийся в форме дискоординации движения, возникшей в условиях непреодолимого страха.

В возникновении этого рефлекса играло роль именно наличие определенных внешних признаков, имеющих у клиента: «знак различия». Когда больному приходилось брить того же начальника, но одетого не в военную форму, описанный патологический синдром не имел места: рука больного владела бритвой с обычным спокойствием и уверенностью.

Нами было сделано внушение в гипнотическом состоянии больного: «Пережитое вами волнение, связываемое с обслуживанием лиц высшего командного состава, уже забыто!», «Вы вполне освободились от страха, связанного с этими случаями, и всегда сохраняете полное самообладание, а к этой категории клиентов относитесь спокойно и бреете уверенно!». В течение трех сеансов гипнотической терапии, с последующим после каждого сеанса одичавшим вынужденным сном отдыхом, удалось полностью устранить эту патологическую условную реакцию, причем было проведено профилактическое внушение внушительно, предупреждающее возникновение такой реакции в будущем. Положительный катамнез прослеживался нами на протяжении 10 лет.

Что же в данном случае способствовало образованию и закреплению описанной патологической условнорефлекторной связи?

Ответ на этот вопрос дают слова И. П. Павлова: «...то, что психологически называется страхом, тревогой, боязнью, имеет своим физиологическим субстратом тормозное состояние больших полушарий,

представляет различные степени пассивнооборотительного рефлекса¹.
состояние, — говорил он в другом месте, — находится в определен-
связи с гипнотическим состоянием», градации которого являются
частью едва отличающимися от бодрого со-
стояния (разрядна наша. — *К. П.*)².

В самом деле, в данном случае едва заведующего парикмахерской,
вызываю эффект страха, привели безмерно в состояние стрессовости,
и в связи с гипнотическим состоянием, градации которого являются
частью едва отличающимися от бодрого со-
стояния (разрядна наша. — *К. П.*)².

В самом деле, в данном случае едва заведующего парикмахерской,
вызываю эффект страха, привели безмерно в состояние стрессовости,
и в связи с гипнотическим состоянием, градации которого являются
частью едва отличающимися от бодрого со-
стояния (разрядна наша. — *К. П.*)².

Привожу еще один такой пример, являющийся, как нам кажется,
также весьма показательным.

2. Больной З., 42 лет, главный бухгалтер одного из крупных трестов,
бегал и к нам с жалобой на спазматические движения в кисти правой
руки при письме, что принимается главным образом, и под-
писывании им банковских чеков, особенно если это происходит при посто-
янных людях. При этом, помимо дрожания руки и судорожных сдвигания
пальцев, наблюдается также непроизвольное отбрасывание их в сторону.
Так как эти явления упорно держались в течение ряда недель, это дало
повод для крайнего скептицизма и отрицания болезни. Необходимо
отметить, что при подписывании других документов больной был вполне
спокоен.

Напомним, что как отмечает В. М. Бехтерев (1923) «у лиц, имеющих
дело с важными актами, которые им приходится подписывать в учрежде-
ниях при публиче встречается иногда особый вид фобии, состоящий
в страхе подписывать. Здесь, повидимому, нечто не выдает
полноты состояния духа, пока не представится необходимость
подписать свою фамилию. Тогда тотчас возникает безотчетный страх кото-
рым и более и более возрастает, руки начинают дрожать, и пальцы
самостоятельно так сжимаются и кривятся, что подпись оказывается едва узна-
ваемой или даже вовсе неузнаваемой».

Такой симптомомилосла заявил предположить его условнорефлек-
торное происхождение. Путем анамнестического расспроса были установлено,
что эти явления развились постепенно, начавшись с того времени, когда
однажды больному пришлось в своем порядке подписать большое
количество банковских чеков на весьма крупные суммы, что, по его словам,
«присходило в конце рабочего дня, на уставшую голову, в обстановке
крайне напряженной работы, в условиях суеты и спешки». Вскоре прои-
зошла форма по вине больного одного из чеков на очень крупную сумму,
уже подписанная директором треста. Это послужило за собой ряд неприят-
ностей, что еще больше усилило тревогу больного за состояние своей нерв-
ной системы.

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга
1927, стр. 360.

² И. П. Павлов, Двигательный смысл объективного изучения внешней
первой деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 330.

Больной рассказал нам, что, подписывая чек, он впервые почувствовал безпроизвольное отращивание пальцев, вследствие чего сделанный им подпись получил столь необычный вид, что не могла быть признана банком за действительную. С этого момента у него возникла постоянно проявлявшаяся неспособность подписывать банковские чеки, что он особенно остро чувствовал, когда это ему приходилось делать в присутствии посторонних лиц.

По этому поводу больной неоднократно обращался к врачам, но применяемые ими разнообразные методы лечения успеха не дали, в результате чего врачи рекомендовали ему переменить профессию.

Как мы видим, развитие явления нечеловеческого спазма, впервые возникшего в условиях сниженного тонуса мозговой коры при остром перенапряжении подвижности основных корковых процессов произошло в данном случае также по условнорефлекторному механизму. Подписывание денежных документов одного и того же типа (банковские чеки), выполнявшееся больным много раз подряд, приводило в одной и той же обстановке, травмировавшей его психику. В связи с этим имелись все условия для образования и прочной фиксации патологического (кинестетического) условного рефлекса, укрепившегося настолько, что устранить его усилием своей воли сам больной уже не мог.

Была проведена успокаивающая раздвигательная психотерапия, закончившаяся тремя сеансами императивных внушений соответствующего содержания: «Внушения забыты, спазматические явления, возникающие в правой руке при подписывании чеков, прекратились и больше не могут повториться, самочувствие хорошее. Вы уже здоровы и все обстоит хорошо» и т. п. Внушения были сделаны в гипнотическом дремотном состоянии больного, т. е. при том же сниженном тонусе коры мозга. После каждого сеанса давалось по одному часу вынужденного сна-отдыха.

Все это привело к уравновешиванию основных корковых процессов и к устранению описанного патологического условного рефлекса. Больной находился под нашим наблюдением в течение 2 лет, рецидивов не было. Был продемонстрирован на конференции психотерапевтов.

3. Больной Д., 38 лет, вагоновожатый, обратился к нам с жалобами на учащенное сердцебиение и раздражительность, но главным образом на то, что, по его словам, он «не перепосит вида висящих на вагоне триман ребят». У него мгновенно по его выражению, «обрывается сердце» и он тотчас же весь «обливается потом»; у него «подкашиваются ноги» и он «не может работать». Заболевание возникло год назад, после того как под колеса его вагона попал мальчик.

Несколько месяцев безуспешно лечился в поликлинике и в санатории по поводу «надрыва сердца». Применена психотерапия, получил три сеанса соответствующего словесного внушения во внушенном сне, в результате чего наступило стойкое устранение всего патологического синдрома. Находился под наблюдением в течение года; рецидивов не было.

У данного больного также обнаружилась патологическая временная связь на определенную ситуацию, возникшая при однократно перенесенном остром аффективном напряжении, состоявшем в кошмарном ильичилии очажного возбуждения с отрицательной индукцией в других участках коры, что в свою очередь влекло за собой положительное индуцирование подкорки с ее вегетативными центрами.

Итак, приведенные примеры иллюстрируют картину образования временных патологических условных связей и механизм устранения этих связей путем словесного воздействия.

Описывая физиологические механизмы, лежащие в основе реализации словесного внушения, произошедшего во внушенном сне больного,

а также и в основе явления раппорта И. П. Павлов поясняет, что при больших полушариях заточены торможением не на всем протяжении, а только в некоторых пунктах. Из такого возбуждения одного пункта (служащего пунктом раппорта. — К. П.) «вы действуете и вынуждаете. И заинтересированный потом роковым образом и полнотой воле приказание...». В этих условиях «влияние остальных частей полушарий на то, что вы даете в ваших словах и в ваших раздражениях, совершенно отрывается от всех остальных». Вследствие этого «каждый человек приходит в бодрое состояние после этого внушения, он ничего не может сделать с этим изолированным раздражением, потому что оно объединено со всеми остальными» (разрядка наша. — И.).

Реализация словесных внушений как мы уже знаем осуществляется наиболее легко и эффективно именно в гипнотическом сне, с его фазой внушения и с его бодрствующей зоной раппорта. Индукционные отклонения в коре головного мозга чрезвычайно благоприятствуют усилению в зоне раппорта замыкательной деятельности. Именно в силу этого, по словам И. П. Павлова (1927), «гипнотизируемому можно внушить все противное действительности», как и вызвать реакции, явно противоречащие действительным раздражениям. Это свидетельствует о значительной силе словесного воздействия, которое может оказать влияние на многие процессы в организме в том числе и на функциональное состояние самой коры мозга.

Все это было в свое время подтверждено физиологическими исследованиями. Так, Н. И. Красногорский (1939) при изучении деятельности коры мозга детей и подростков установил, что в коре мозга, находясь в состоянии гипнотического торможения, «могут в ее бодрствующих зонах образоваться исключительно сильные и стойкие рефлексы». Речь идет о клинических исследованиях С. Л. Левина, которые показали, что усиление еды яблоком, одоланное во внушенном сне ребенка, вызывает более обильную секрецию слюны, чем то же внушение, но сделанное в бодрствующем состоянии.

По Ю. А. Поворинскому (1953), слово «звонок», произносимое усиленным, дает большую условнорефлекторную реакцию, чем самый звонок, на который в бодрствующем состоянии рефлекс был выработан. Эти особенности сохраняются даже на фоне самого глубокого сонного торможения.

В заключение следует остановиться на рассмотрении вопроса, почему внушение можно осуществлять только одним путем — путем словесного воздействия, оказываемого усиленным на усиляемого? При этом оно всегда должно иметь форму приказания, или указания, что в данный момент происходит, или же произойдет когда-либо позже. Например: «Вы испытываете чувство радости!» или: «Вы держите в руке цветок!», или: «Через час по пробуждении вы выполните (то-то)!» и т. п.

Очевидно, это обусловлено тем, что только второй сигнальной системой установлены процессы обобщения и отвлечения, на основе которых возможным образомуются соответствующие новым корковым динамическим структурам являющиеся страстным в коре мозга содержания словесного воздействия. Отсюда следует, что только словесная форма воздействия и может создавать в коре мозга эти новые, обобщенные динамические структуры.

¹ И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 484.

² И. П. Павлов. Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1921, стр. 358.

При этом такие динамические структуры оказываются связанными с соответствующими анализаторами в коре и подкорковыми центрами.

Возникает, естественно, второй вопрос: почему внушаемое р е а л и з у е т с я, т е претворяется в форме определенного и целостного двигательного или же рецепторного акта?

Покажемому, в коре мозга происходит процесс оживления следов аналогичных действий в прошлом. При этом реализации внешнего состояния или действия в виде соответствующей рецепторной деятельности, двигательного акта или эмоционального состояния возникает лишь тогда, когда оживление этих следов достигает определенной силы. Покажемому таким же путем реализуются и внушаемые словесания.

Реализация внушаемой мысли или исполнение приказа усыпавшего (дать ответ на поставленный им вопрос и т. д.), покажемому осуществляется также путем оживления следов прежней второстепенной деятельности. Обычно усиленный дает достаточно правильные ответы на поставленные ему вопросы. Последнее обстоятельство нередко вводит исследователя в заблуждение, заставляя его думать, что он имеет дело с с а м о с т а т е л ь н ы м и о т в е т а м и, в то время как в действительности ответы, имея сложную условнорефлекторную природу, осуществляются без участия сознания усиленного. Об этом свидетельствуют факты полной амнезии вопросов и даваемых на них ответов (если только не было сделано специальное внушение о том, чтобы помнить о них после пробуждения). Так как кора мозга усиленного находится в состоянии более или менее глубокого расслабления на бодрствующие и сонные участки, ответная деятельность ее может осуществляться лишь постольку, поскольку между бодрствующими участками возможны процессы оживления прежних связей и образования на их основе новых связей и новых динамических структур.

Впрочем, путем соответствующих словесных внушений усыпавший может направленно растормаживать значительные районы коры мозга и таким путем расширять возможности корковой деятельности усиленного.

ГЛАВА VI

АНАЛИЗАТОРНАЯ ФУНКЦИЯ

Тончайший анализ есть основная функция высшей части нервной системы.

И. П. Павлов

Прежде всего нужно выяснить характер деятельности анализаторов в состоянии внушенного сна без каких бы то ни было специальных внушений. Как показали исследования, произведенные еще Бредом (1845), Льюбо (Lewy, 1862) и Делкеном (Deiken), во время внушенного сна деятельность рецепторных органов несколько притупляется, причем чем глубже этот сон, тем больше ослабевают как рецепторная деятельность, так и способность к восприятию¹. С точки зрения «настоящей физиологии» головного мозга именно так и должно быть, если рассматривать внушенный сон как тормозное состояние ряда участков коры мозга.

Детальное исследование кожного анализатора было проведено Е. С. Катковым (1941), который использовал электр. кожные раздражения, он установил, что с углублением внушенного сна происходит понижение кожной болевой чувствительности. Причем начальные признаки гипалгезии отмечаються уже при наличии выраженной сонливости (первая стадия внушенного сна). Наличие алгезии ярко выступают во второй стадии, для которой они особенно характерны. Вместе с тем, если кожная алгезия появилась, то она легко может быть усилена соответствующим словесным внушением. Наличие кожной алгезии возникающей в глубоком внушенном сне, подтверждено также экспериментальными исследованиями А. И. Картамышева (1942).

Исследования влияния словесного внушения на функциональное состояние анализаторов имеет особенно важное значение в связи с использованием слова как болеутоляющего фактора для подавления обостряющегося при известных условиях болевой чувствительности. Однако самая важная задача обезболивания путем словесного воздействия требует объективных доказательств, так как наличие в этом случае алгезии до сих пор еще многими авторами берется под сомнение. Так, с точки зрения психологов-экзотистов, нарушения в чувствительной сфере, вызываемые путем словесного внушения, носят «воображаемый» характер (Левенфельд, 1913; Кронфельд, 1927).

Конечно, это может быть показано только путем физиологического эксперимента бесспорно подтверждающего наличие действительного

¹ Цит. по А. Мольно (1912).

эффекта обезболивания или же, наоборот, усиливляющего факт симуляции этого состояния. Многочисленные клинические наблюдения убеждают, что такое воздействие может иметь место, хотя экспериментальных исследований по этому вопросу еще очень мало.

В русской литературе начало их положено работами В. М. Бехтерева и В. М. Чарбута (1902), в которой объективным признаком внушенной



Рис. 30. Изменение пульса при болевом раздражении.

1 - укол булавкой в состоянии бодрствования, 2 - укол во внушенном сне после словесного внушения: «Укол безболезнен» (по В. М. Бехтереву и В. М. Чарбуту, 1902)

аналгезии, анестезии и гиперестезии служили реакции со стороны пульса и дыхания. Под наблюдением находилось 10 человек: раздражителем служил фарадический ток от сапного аппарата Дюбуа-Реймона, сила которого при всех исследованиях оставалась одной и той же, а также уколы, нанесенные

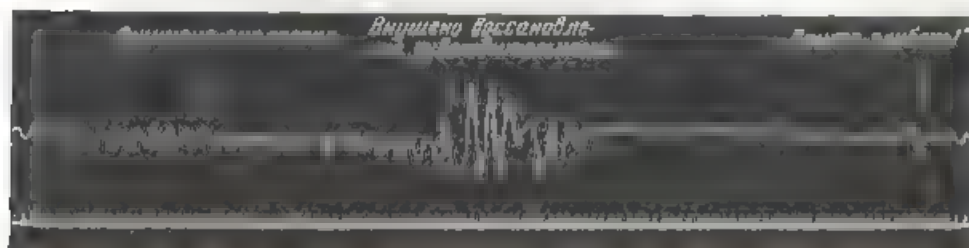


Рис. 31. Реакция мышц во внушенном сне на болевые раздражители после различных словесных внушений. Стрелки обозначают укол булавкой

слабыми булавкой. При внушении аналгезии и в состоянии бодрствования, и во внушенном сне реакции на наносимые раздражения со стороны как пульса, так и дыхания в большинстве случаев совершенно отсутствовали; в меньшинстве же случаев были слабыми. Это наблюдалось при нанесении сильных уколов, а также при использовании сильных фарадических токов. При внушении гипералгезии пульсовая кривая претерпевала резкие колебания — амплитуда то увеличивалась, то, наоборот, падень кривой почти полностью отсутствовал.

Приводим одну из сфигмограмм с ярко выраженной реакцией со стороны пульса на раздражение уколом в бодрствующем состоянии и с почти полным отсутствием реакции на то же раздражение во внушенном сне при внушенной аналгезии (рис. 30).

Обращаясь к нашим исследованиям, приведем данные, касающиеся двух здоровых лиц. Раздражителями служили уколы, наносимые булавкой, и фарадический ток, сила которого определялась расстоянием между катушками сапного аппарата Дюбуа-Реймона (с аккумулятором в первич-

и цепи в 1 V). Критерием болевых восприятий служило состояние дыхания исследуемых.

Полученные нами данные свидетельствовали об отсутствии при внушении и индукции реакции на укол (рис. 31 и 32) и на фарадический ток максимальной силы, совершенно не выносившийся исследуемым лицом в период бодрствования при нормальном чувствительности кожи (рис. 33).

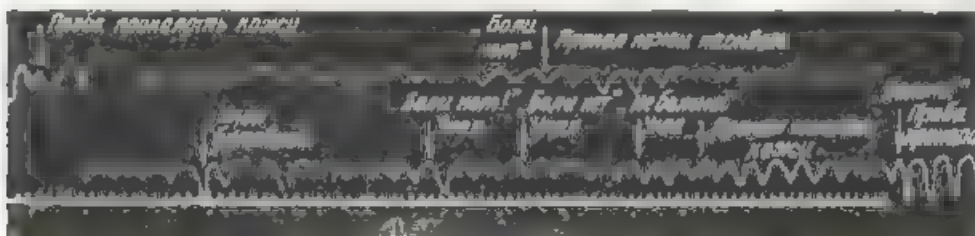


Рис. 32. Реакция дыхания на укол булавкой в состоянии бодрствования до и после словесного внушения: «Вам неведно».

Заметим, фарадический ток во время исследования непрерывно усиливался (путем постепенного приближения катушек до нуля). В бодрствующем состоянии электрические раздражения значительной силы исследуемые выдерживали с большим трудом.

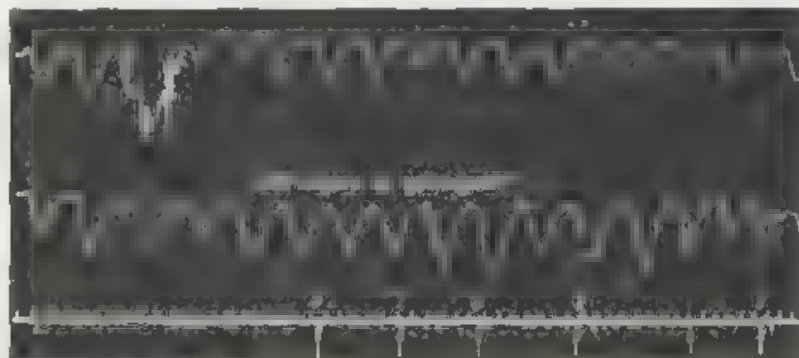


Рис. 33. Реакция дыхания на болевые раздражения во внушенном сне. После словесного внушения: «Вы ничего не чувствуете!» раздражение не вызывало замедления дыхания. Стрелки обозначают раздражение фарадическим током, цифры — расстояние обмоток индуктория в сантиметрах

Отметим, что, наряду с отсутствием дыхательной реакции, у наблюдаемых совершенно отсутствовали также и ни бы то ни было внешние проявления эмоциональной реакции (рис. 34 и 35). Вместе с тем при исследованиях, проведенных в бодрствующем состоянии, мы руководствовались также словесным отчетом наблюдаемых (см. исследования с внушенной анастезией, приведенные в конце первой главы), где показателем отсутствия боли служило состояние пульса, изображенное на рис. 2 и 3, на этих же кривых отражены и пульсовые реакции на внушенное ощущение боли при минимуме нанесенного укола.

Аналогичные результаты получены В. И. Здравомысловым (1938), а также Н. А. Шрандбергом (1948) при изучении вопроса о соотношении корковых и субкортикальных реакций.

Показательны исследования Ю. А. Погоряевского (1949), пользовавшегося методом плетизмография и кожно-гальванического рефлекса и установившего реальность внешних кожных анестезии и гиперестезии. По его данным, незначительные электрокожные раздражения, по давшему ранее сосудасть и кожно-гальванических реакций после внушения повышенной чувствительности к ним стали вызывать резко выраженные реакции: Пасторет, болевые (электрокожные) раздражения, обычно дававшие

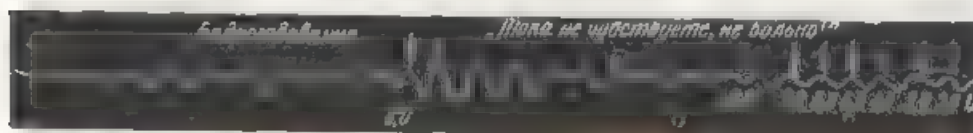


Рис. 34. Реакция дыхания на болевое раздражение в состоянии бодрствования и после внушения гипнотизации (краткое болевое раздражение ф. радиочастотным током, цифры — расстояние катушек индуктория в сантиметрах).

резкую реакцию после словесного внушения об отсутствии чувствительности к ним совершенно не вызывали никакой реакции.

Таким путем была подтверждена возможность устранения словесным внушением действительно имеющихся болевых ощущений, так же как и внушения этим путем «ощущения боли», без нанесения соответствующего физическому раздражения. Однако, как показали наблюдения, при вну-

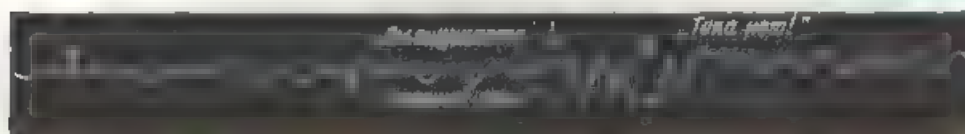


Рис. 35. Реакция дыхания при словесном внушении денетрия нечувствительного раздражителя. Внушение: «Вы ощущаете сильный тон!» вызывает изменение дыхания, а также мимическую и речевую реакцию у исследуемого: «Больно, больно мне!»

шесной аналогии вегетативные реакции отсутствовали далеко не всегда. Нередко так называемый повышенный тонус, говоря о том, что сонное торможение не достигло должной глубины.

Остановимся на данных известном из повседневной жизни наблюдении, когда одно из явлений врача (или приближение больного к его приемной) у многих больных вызывает за собой усиление и иногда даже полное прекращение боли. Так нам приходилось наблюдать, что беременные, подготовленные к безболезненным родам соответствующим словесным внушением по указанию врача, обычно не испытывали никаких болей в присутствии и уходе от него их врача. В отдельных случаях выход врача в соседнюю комнату тотчас же приводил к возобновлению болезненных ощущений, с чем можно было судить по резко изменившемуся поведению родильницы (наблюдения Р. Н. Шлиффер, Э. А. Копиль-Левинной и И. Т. Цветкова в таких случаях).

Для объективного доказательства этого влияния в 1928 г. нами было проведено специальное исследование, в котором мы исходили из тех соображений, что условная болевая реакция вырабатывалась у больного не только на соответствующее содержание слов врача, но и на его вид, движения и т. д.

Во внушенном еще наблюдаемом была дана словесная инструкция: «В присутствии д-ра Ц. электрического тока вы не ощущаете в отсутствие

его ток чувствуется. После прибуждения наблюдаемой в отсутствие д-ра Ц. произведена проба при расстоении катушек одного аппарата в 8 см; получилась четкая реакция на мгновенное замыкание (рис. 36). Затем, когда в присутствии д-ра Ц. фарадический ток был замкнут, то он, как видно на кривой, не вызвал со стороны дыхания никакой реакции. Его не было, пока при ударе молотка д-р Ц. Н. стояло ему уйти на не-колько секунд в соседнюю комнату, как тотчас же появлялся как дыхательная, так и общая реакция с выделением «блуждающего» Н. Исследование было повторено трижды с тем же постоянным эффектом. Затем было проведено то же исследо-

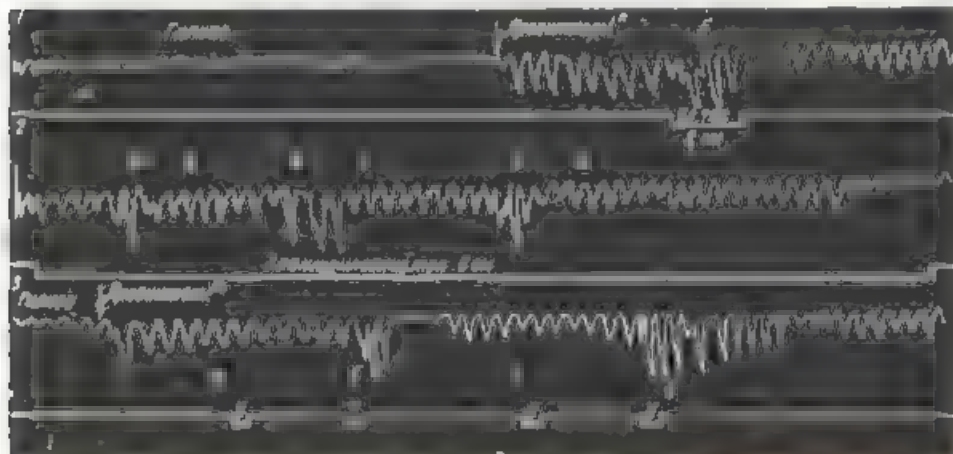


Рис. 36 Реакция дыхания на электрический ток и звук, ощущение которых с помощью слухового внушения поставлено в зависимость от включения другого раздражителя. 1 и 2 — в гипнотическом состоянии «В присутствии Ц. электрический ток не чувствуется, а при его отсутствии — слышен удар молотком по железному листу», 3 — при ударе молотком по железному листу (Цифры обозначают расстояние обмоток вилдуратора).

вание, но с образованием отрицательной реакции на звуковой раздражитель. Наблюдаясь, что в присутствии лаборанта Д. она не слышит удара молотком по железному листу, в отсутствие же его — слышит удар молотка. Кривая 3 так можно видеть из кривых, внушение реагирует полностью.

Данные наших исследований могут служить доказательством изменения деятельности анализаторов при соответствующих словесных внушениях.

Каковы же механизмы изменения реакции исследуемого на болевые раздражения, идущие к коре головного мозга как с периферии, так и от внутренних органов?

Ответ на этот вопрос мы находим в работах А. Т. Пшопка (1952) из лаборатории К. М. Быкова, в которых объективным критерием служили сосудистые реакции (плетизмограммы), а условными раздражителями — словесные внушения и различные раздражители периферической системы. Как показали исследования, сигнальное формирование болевых ощущений происходит не в периферическом органе, как считалось раньше, а в коре головного мозга.

Эти исследования показали, что роль коры мозга в формировании болевой информации состоит не только в анализе и формировании временных связей и анализом импульсов, поступающих с периферии. Кора мозга, как подчеркивает К. М. Быков (1947а), «как бы организует периферию».

направляя и настраивая ее на определенные уровни деятельности, и даже часто направляя периферию своей застенчивости». К. М. Быков считает, что «наряду со способностью превратить подболовое ощущение в болевое, кора обладает также способностью угнетать, аннулировать боль, превращая болевые ощущения в подболовые». Все это относится не только к болевым раздражителям, но и к другим видам раздражения кожи. Последнее, по А. Т. Пшовику, доказывается превращением с помощью условного раздражителя безусловных болевых импульсов в безболевые (и наоборот), доминированием условных раздражителей над безусловными, физиологическим действием словесного раздражителя при выключении периферии. В свете изложенных фактов раскрывается сущность психогенных болей и психогенного фактора в мигрирующих заболеваниях. Таким образом, мы видим, что стереотипическая роль коры в угнетении боли громадна (К. М. Быков, 1947а).

Аналогичные данные в отношении болевой чувствительности были получены Р. А. Фельдбергом (1940) в лаборатории К. М. Быкова, показавшим возможность выработки условного сосудистого рефлекса на болевой раздражитель, а также изменение диктососудистого рефлекса (в интенсиности ощущения боли) при изменении функционального состояния коры больших полушарий, возникавшим при введении в нее (ромба или фениламина) или лампе имевшейся в ней динамического стереотипа и при

Другими фактами научно обосновывается методика обезболивания: помощью внушения словом, используемая за последние годы не только при малых, но и при больших хирургических операциях. Как известно, первые хирургические операции, проведенные при одном лишь словесном внушении обезболивания, в нашем отечестве были осуществлены по инициативе (и при личном участии) П. П. Подъяпольского (1916), а затем при участии наших (1924) и И. З. Вельвовского (1924). Вместе с тем получает свое обоснование также возможность обезаливания словесным внушением в гипнотическом сне и в состоянии наркотического сна, но и патологических родов и экстренных хирургических вмешательствах, причем, как показывает опыт, достигается весьма высокая безболезненность.

Нужно сказать, что снятие болевых ощущений путем внушения возможно не только при хирургических вмешательствах, но и при различных психических заболеваниях. Болевые ощущения могут быть устранены при разных соматических заболеваниях неспецифического характера, — болях в тех случаях, когда легко и быстро вызывает гипнотическое состояние. Так, мы успешно купировали болезненные желудочные кризы у больного спинальной сухоткой, снимали боли у страдающих раком и т. д.

В последние годы П. П. Затаренко (1925) вывела заключение о корковом субстрате фантомных болей у больных ампутированными конечностями, что подтверждено в успешном устранении этих болей как при медикаментозной терапии (С. Д. Каминский и Н. Д. Шенченко, 1949), так и при внушении словом в гипнотическом сне, проводившемся П. П. Подъяпольским (1916), П. И. Платоновым (1925), В. М. Кисловым (1929) и С. Л. Цварманом (1946). В свете работ А. Т. Пшовика эти данные также получают научное обоснование.

Для иллюстрации приведем одно наше наблюдение (1925).

У больной Р., 42 лет, 5 месяцев назад была ампутирована правая рука (по поводу злокачественного новообразования, причинявшего жестокие боли). Однако ощущение отсутствующей конечности и мучительные боли оставались в прежней степени, причем применение наркотиков не давало эффекта. Больная страдала от болей и от бессонницы. Примененная нашим сотрудником Р. Я. Шлифер гипносуггестивная терапия (12 сеансов) ликвидировала боли, а вместе с ними устранила и расстройство сна.

Приведенные выше данные показывают, что во внушенном состоянии звуковой аппарат не сразу релаксирует, а тормаживается, реагируя на переносимые звуковые раздражения значительно тише, чем в условиях бодрствования или более поверженного возбужденного состояния, и, вероятно, не реагирует на них в состоянии внушения (м. р. 8 и 9).

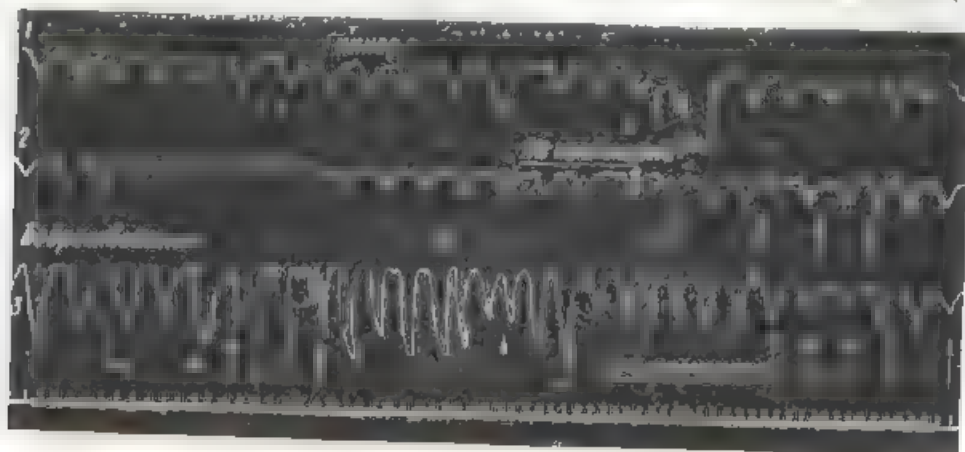


Рис. 37 Реакция тахикардического раздражителя до и после словесного внушения «Вы не слышите!»
1 и 2 — в гипнозе; 3 — в состоянии бодрствования. Стрелки обозначают удары в ладони

Вместе с тем известно, что словесным внушением соответствующего содержания можно вызвать полное прекращение восприятия звуковых раздражений. Так, исследования В. В. (Срезневского) (1917) показали, что

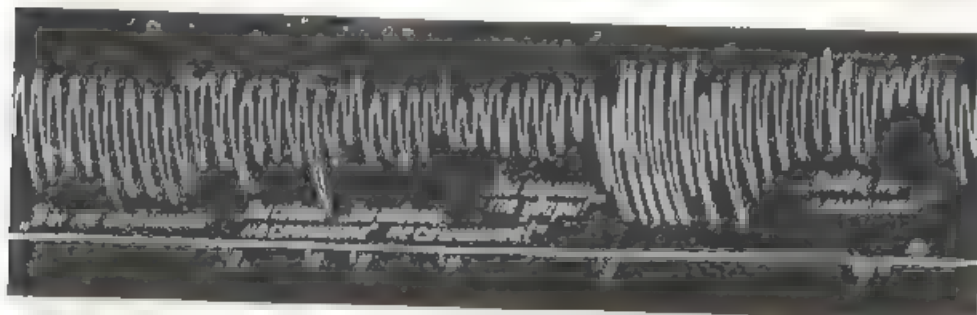


Рис. 38 Реакция тахикардического раздражителя в состоянии бодрствования после словесного внушения «Вы не слышите!» «Вы слышите удары?» — удары молотка по железному листу.

при внушенном, глубоком гипнозе реакция рефлексивная, при слабом гипнозе над самым ухом испытуемого, не вызывая его слуховых дыхательных реакций, тогда как без этого внушения реакция характеризуется весьма бурной.

В наших исследованиях, при воздействии словесным воздействием действительности «внушенного» аппарата, мы учитывали реакции со стороны дыхания и кровяного давления. При этом, как видно из рис. 37, громкие удары в ладони тахикардическим ухом усиленного вызывали дыхательную реакцию, да и не пребывавшая на ней кривая. После соответствующего внушения «Вы не слышите!» эти реакции на те же удары, следовавшие друг за другом, уже не были (средняя кривая). Тот же раздражи-

точь в состоянии бодрствования вызвал довольно бурную реакцию (нижняя кривая). Картина реализации императивного словесного внушения глухоты, сделанного в бодрствующем состоянии исследуемого, представлена на рис. 38, где раздражителем служил удар молотком по железному листу.

Ряд исследований был поставлен по методу условных рефлексов. С этой целью в лаборатории физиологии высшей нервной деятельности Харьковского педагогического института (зав. Е. С. Катылов) после одного сочетания действия звонка и электрического тока был выработан стойкий дыхательный условный рефлекс на звук звонка. Как показывает кривая, после внушения глухоты (в бодрствующем состоянии) этот рефлекс исчезал (рис. 39) (исследования проведены нами в 1929 г.)



Рис. 39. Влияние на дыхательный условный рефлекс, выработанный на звук словесного внушения глухоты «Не слышите!» и «Слышите!»

В дальнейших исследованиях, проведенных в 1929 г. А. М. Цыпкиным совместно с К. К. Платоновым, также регистрировалось пульс и артериальное давление.

У исследуемого Д. артериальное давление в бодрствующем состоянии 123—125 мм, пульс 68 ударов в минуту. В состоянии внушенного сна артериальное давление 116—115 мм, пульс 60 ударов в минуту. Беспорядочное битье по всем клавишам рояля, произведенное во время внушенного сна и длившееся в течение одной минуты, вызвало сдвиг артериального давления до 126 мм, а пульса — до 70 ударов в минуту. После сделанного (и том же состоянии) внушения: «Вы не слышите!» тот же беспорядочный музыкальный шум не вызывал реакции ни со стороны пульса, ни со стороны давления. Наконец, тот же звуковой раздражитель после словесного внушения о полном восстановлении слуха снова вызвал ту же реакцию: артериальное давление повысилось со 116 до 127 мм, а пульс участился с 60 до 80 ударов в минуту (рис. 40). Аналогичные результаты были получены у этой исследуемой также в бодрствующем состоянии.

И. М. Невский и С. Л. Левин (1932, лаборатория Н. И. Красногорского), пользуясь условнорефлекторным методом, регистрировали эффекты внушения в гипнотическом сне глухоты после внушения данному субъекту, что он ничего не слышит, условный рефлекс на звук звонка не появляется. Таким путем была показана действительная возможность экспериментального воспроизведения внушенной глухоты. Следует отметить, что в свое время такой метод исследования был предложен В. М. Бехтеревым (1912б) для обнаружения симуляции глухоты, причем реальность внушенной глухоты проверялась методами психизмографии и кожно-гальванического рефлекса.

По данным Ф. И. Манюрова, П. И. Короткина и М. И. Сусловой (1951), словесное внушение глухоты, производимое в сомнамбулической фазе внушения (сильно усиленное), вело к исчезновению выработанных на звуковой

раздражитель условных рефлексов и к уменьшению безусловных (мигательных) рефлексов, что указывало на полное торможение связи со звуковым анализатором.

Приведенные выше данные говорят о том, что внешнюю глухоту нельзя считать «выбрасываемой» как это утверждали Левенфельд и другие зарубежные авторы. В результате внешнего слухового происходит реальное подавление функций соответствующих отделов не только коры мозга, но

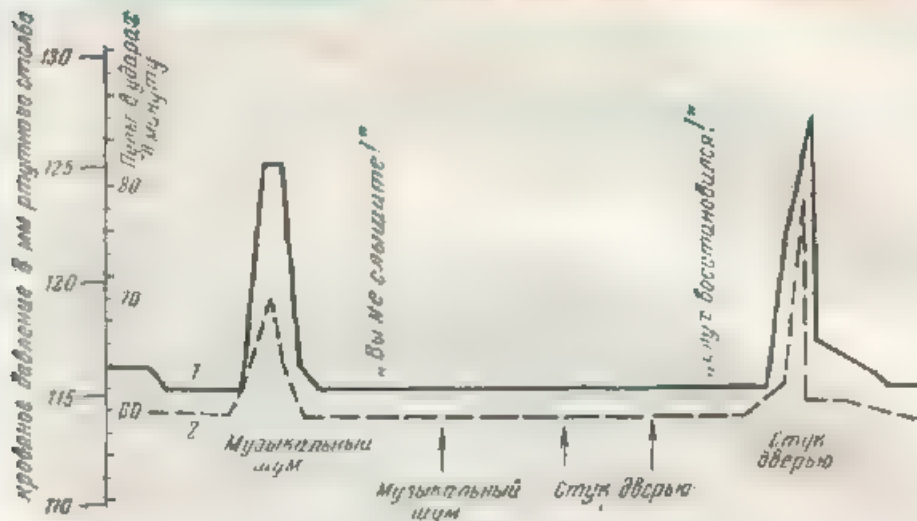


Рис. 46. Реакция кровяного давления (1) и пульса (2) на звуковые раздражители во внешнем слухе после словесного внушения: «Вы не слышите!» и «Слух восстановился!»

и подкорковой области — так как не возникает реакции ни со стороны пульса, ни со стороны артериального давления. Таким образом, здесь экспериментальным путем в известной мере воспроизводится аналог синдрома психогенной истерической глухоты.

Приводим пример из нашей диспансерной практики, интересный не только по эффекту словесного внушающего воздействия, но и по его методике.

Больная З., 21 года, кассирша, обратилась с жалобами на внезапно возникшую 5 дней назад полную потерю слуха на оба уха. По словам мужа, потеря слуха была связана с конфликтом из-за недоплаченной ей покупателем небольшой суммы денег, причем к вечеру того же дня больная отметила снижение слуха, а затем и полную двустороннюю глухоту. Четыре дня спустя без видимой причины наступило некоторое улучшение: больная стала различать тихую речь; громкую же речь (по словам ее мужа) не воспринимала. Однако вскоре у больной вновь возникла полная двусторонняя глухота. Ничего подобного раньше у нее никогда не бывало, ушными болезнями не страдала, слух всегда был хорошим. По своему характеру больная интровертна, мало общительна, всегда боялась конфликтов и их избегала. Видимо, она относится к слабому общему типу нервной деятельности и художественному частному.

Для успокоения больной было написано на листе бумаги и предложено ей прочесть следующее: «Болезнь не опасна и слух скоро полностью восстановится. Нужно только, чтобы мы делали поддерживающие работы по Вашему

дбу, что будет Вас усыплять!» Во время этих поглаживаний больная начала постепенно засыпать, дыхание выровнилось. После этого ей начали делать легкое уколывание бадавки в область одной из ушных раковин, т. е. была предпринята попытка растормаживания таким путем слуховой зоны коры.

Одновременно производилось внушение, сначала шепотом, потом тихим голосом с постепенным переходом к голосу средней силы, причем прежде всего было внушено: «Конфликт уже забыт, вы успокоились, недоплатя никаких дурных последствий не вынавала, проснувшись, снова будете все слышать!» Затем внушалось: «У вас нет никакой болезни ушей, которая могла бы повлечь за собой снижение слуха!». Одновременно профилактически создавалась благоприятная установка на случай возможных психических травм в будущем. Больная проснулась с полностью восстановленным слухом. В течение 2 лет находилась под нашим наблюдением, рецидивов не было (наблюдение З. А. Кошля-Левинной).

Следует отметить, что наступившее вначале некоторое улучшение слуха могло быть обусловлено появившейся самостоятельно парадоксальной фазой, ибо больная могла воспринимать лишь тихую речь.

Отметим, что при консультациях, проводимых нами в психогоспитализ, нам удавалось устранять явления постконтузионного сурдомутизма путем косвенного внушения в бодрствующем состоянии пострадавшего. А именно выписывалась индифферентная микстура и больному в императивной форме внушалось: «Из каждой ложки микстуры помогает восстановлению слуха и речи! К концу 4-го дня лечения наступит полное выздоровление!» Соответствующим образом инструктировался врачебный и средний персонал, поддерживавший сделанное внушение. Из 6 больных у 5 наступил полный положительный эффект.

Отметим, что словесное воздействие может оказывать свое влияние также и на деятельность вестибулярного аппарата. Исследования, проведенные нами совместно с отцом Н. А. Гальпериним, свидетельствуют, что и в этой области могут быть получены теоретически и практически важные данные¹.

Приведем некоторые из этих исследований.

1. В бодрствующем состоянии исследуемой Ш. произведено промывание слухового прохода левого уха 500 мл воды температуры 14°, что вызвало у нее с трудом сдерживаемые общие защитные движения и ясно выраженную вегетативную реакцию: побледнение, общую слабость, учащение пульса, тошноту, позывы на рвоту, а также расстройство статики. После манипуляции исследуемая Ш. почувствовала себя настолько плохо, что ее пришлось уложить. Внушением: «Все прошло; вы снова чувствуете себя хорошо», сделанным в один миг и внушением сна, весь симптом-комплекс был устранен. По пробуждении Ш. вновь стала чувствовать себя хорошо, как и до исследования.

Через несколько минут после этого она снова была усыплена, причем во внушенном сне ей было внушено чувство опемения левого наружного среднего и внутреннего уха: «В левом ухе все спомело, как снаружи, так и в глубине, вы ничего не ощущаете!». При промывании левого уха в условиях внушенного сна такой же порцией воды той же температуры исследуемая Ш. оставалась совершенно неподвижной, продолжая спокойно спать без каких бы то ни было вегетативных реакций. Одинаковый эффект получился при исследовании в бодрствующем состоянии после

¹ Исследования были проведены в Украинском психоневрологическом институте в 1928 г.

такого же словесного внушения, предварительно сделанного во внушенном сне. После пробуждения исследуемая Ш. потеряла слух на левое ухо, это произошло без специального установления связи речевой инструкции. В ответе будущим слуховым внушением слух был восстановлен. Это доказано двойным доказательством коркового происхождения образованвшегося вестибулярного синдрома.

Аналогичный результат был получен у двух других лиц (исследовали совместно с отитром О. И. Марсьем и физиологом М. И. Писецким).

Приводим краткий протокол одного из этих исследований.

2. Исследуемая Ч., 62 лет. Калорическая проба оказалась на левом ухе. 1) на грешение левое ухо недействительно, нагретого температуры тела, никакой реакции не вызывает, 2) холодная калорическая проба, произведенная в бодрствующем состоянии вызывает яркую аффективную реакцию, истичив выраво, промах лаво, бледнение лица, головокружение, тошноту.

После перевода исследуемой в состояние внушенного сна было сделано внушение: «В продолжении у вас исчезает исключительность левого уха, оно инертно, как и право, как и среднего и внутреннего». Произведенная по пробуждении аналогичная холодная калорическая проба не вызвала никакой аффективной реакции, инстинкта и промаха также не было. У исследуемой отмечена глухота на левое ухо и анапсия в окружности левых ушей и раковина. Слух был восстановлен с помощью противоположной словесной инструкции. Повторное исследование дало те же результаты. Показательными являются исследования М. С. Медведовского и И. М. Певкога (1943) в бодрствующем состоянии (а иногда в состоянии внушенного сна) исследуемым внушалось в одних случаях, что вращается комната, в которой они находятся, а в других, что вращается кресло, в котором находится испытуемый. И в том, и в другом случае у исследуемых наблюдались как корковые, так и мозжечковые признаки, что свидетельствовало о наличии функциональной связи вестибулярного аппарата с корой мозга.

Аналогичны данные Бауэра и Шильдера (Baier и Schilder, 1927): наблюдаемый, находясь в состоянии внушенного сна, делалось словесное внушение: «Наше тело проделывает во вращающемся кресле, на котором вы сидите, вращение вокруг своей оси» причем указывалось направление вращения. В ответ на это у исследуемой возникал симптом сгибания указательного пальца такой же точно, как и после действительного вращения в ту же сторону¹.

Весьма важно обратить внимание на возможность возникновения стойких патологических реакций со стороны вестибулярного анализатора, что нередко недооценивается как отоларингами, так и невропатологами. Яркой иллюстрацией этого является положительный результат исследования (в ряде случаев) тилеотор и затылочной формы синдрома Меньера, на длительный период времени полностью или частично лишавших больных работоспособности.

1. Большой Л., 42 лет, обратился с жалобами на ежедневные приступы тяжелых головных жгучих и выходящих рвот и резким гидроном, и на резкий шум в ушах. Не может смотреть на движущиеся предметы, на правое ухо не слышит, тяжелое угнетенное состояние, постоянный боязнь приступов. Болен более 1^{1/2} лет, причем нарастает снижение работоспособности.

¹ Эти данные были заимствованы из статьи Н. Ш. Тимофеева в журнале «Невропатология и психиатрия», 1936, в 11.

После 3-го сеанса словесного внушения (во внушенном дремотном состоянии больного) наступило резкое улучшение, после 6-го — больной приступил к занятиям, после 10-го — шум в ушах исчез и больной начал слышать на правое ухо. Всего было проведено 20 сеансов, полностью восстановивших работоспособность и окончательно устранивших боязнь приступов. Положительный катамнез в течение 10 лет, работает с полной нагрузкой. Ряд легких приступов, возникавших в связи с трипозиной гипотензией и после реакции переутомления не снижал общего уровня работоспособности (наблюдение Е. С. Каткова).

2. Больной Б., 54 лет, синдром Меньера 25-летней давности, резко усилившийся и учащавшийся за последние 3 года. Приступы головокружений со рвотой и потливостью часто идут сериями, один за другим, причем в этих случаях вынужден лежать в постели. Жалобы на мучительные



Рис. 41. Влияние на дыхательный условный рефлекс, выработанный на свет, словесного внушения: «Вы не видите!» и «Вы видите!».

шум в левом ухе, особенно в тишине. На левое ухо не слышит с 1925 г. В 1950 г. после тяжелого приступа на улице (во время которого едва не попал под трамвай, появилась боязнь ходить одному. Снизилась работоспособность, тяжелое сознание бесперспективности лечения. В анамнезе ряд психических травм и тяжелых переживаний.

Систематически проводившиеся сеансы внушения словом во внушенном дремоте резко улучшили общее состояние больного, устранили страх приступов. После 30 сеансов приступы прекратились, шум в ухе резко ослабел, слух в левом ухе восстановился, хотя отолары считали его потухшим. В настоящее время работает с большой нагрузкой, пользуется всеми видами транспорта, что в течение ряда лет фактически было для него недоступным (наблюдение Е. С. Каткова).

Нужно подчеркнуть, что оба случая невропатологами и отолары толковались как **вазопатия, связанная с артериосклерозом.**

3. На этот раз речь идет об остром, психогенно развившемся тяжелом синдроме Меньера у обратившейся к нам женщины 42 лет. Длительная патология «энцефалит». Больная вынуждена постоянно лежать, поворот головы вправо вызывает головокружение и сильную тошноту, при попытке принять сидячее положение частые головокружения, тошнота и рвота, общая слабость. На 3-й день после психической травмы нами применено словесное внушение во внушенном сне, сеансы которого в последующем продолжались ежедневно в течение 5 дней. После первого же сеанса больная могла сидеть спокойно, после второго стала вставать и с осторожностью ходить, после последующих трех постепенно восстановилось общее благополучие. Наблюдение велось в течение 3 лет, рецидива не было.

Применение словесного внушения дает возможность бороться с морской болезнью — так в случае морского плавания, так и в других аналогичных условиях, например, приезде в автобусах, при авиационных и т. п.

Для объективного доказательства изменения деятельности зрительного анализатора под влиянием того или иного внешнего мы также воспользовались методом условных рефлексов.

У павлодвской П. был выработан дыхательный условный рефлекс на свет. Этот рефлекс, так же как и звуковой, сформировался быстро и прочно. Уже после одного сочетания вспышки света электрической лампы с электрическим током появилась дыхательная реакция на вспышку света. Когда рефлекс достаточно упрочился, было сделано словесное внушение: «Вы потеряли зрение, не видите!», после этого реакция на световое раздражение уже не получалась (рис. 41). Таким образом, в данном случае, как и в случаях со слуховыми раздражениями, метод условных рефлексов дает объективное доказательство изменения в состоянии зрительного анализатора.

Данные ряда аналогичных исследований указывают на реальную возможность усиления функциональных слухоты и слепоты, неслучайно принимаемых клиницистами за органические. Легче сказать, что нам неоднократно приходилось наблюдать годами длившийся реактивный амавроз, трактованный офтальмологами как ретробулбарный неврит. Глазному больным в течение многих лет не делалась необходимая психическая терапия, направленная на устранение психической травмы, которая являлась амаврогическую реакцию, причем применением того или иного приема психотерапии обычно в весьма короткий срок (часто в один-два сеанса) полностью возвращало зрение к норме.

1. Больная Б. страдала в течение 4 лет левосторонним амаврозом, трактованным офтальмологами-клиниками как симптом ретробулбарного неврита. Установившееся нами тесное личное и травматическое взаимодействие позволило устранить этот амавроз путем однократного сеанса гипноза. Существенной терапией, причем стойкостью наступившего эффекта была прослежена на протяжении последующего четырехлетнего наблюдения.

2. Укажем также на другой случай глубокого и стойкого расстройства зрения. Больная с давним ретробулбарным невритом направлена офтальмологической кликой в Украинский психоневрологический институт. Исходя из анамнестических данных одному из наших сотрудников (Р. Я. Шлифер) удалось выявить психическую травму, являющуюся причиной не поддававшегося обычному лечению 8-летнего расстройства зрения (острота зрения 0,1). Проведенная им психотерапия (ежедневные гипнозные внушения, делавшиеся в дремотном состоянии больной) улучшала остроту зрения ежедневно на 0,1—0,2. Через неделю после начала лечения больная была выписана и уехала домой с остротой зрения 0,9, сохраняя его на этом уровне в течение последующего 8-летнего наблюдения.

Переходим к вопросу о возможности влияния путем внушения (а тем самым и самовнушения) на цветное зрение, т. е. на восприятие цветов и на цветовое различие. При работе в промышленности или на транспорте, связанном с цветом, социализацией, это получает немаловажное практическое значение.

По вопросу о возможности психогенного расстройства цветоощущения нет полной определенности. В литературе имеются прямо противоположные суждения, причем одни авторы признают такую возможность, в то время как другие ее отрицают.

Известную ясность в этот вопрос может внести типический эксперимент. Так Н. Е. Введенский еще в 1911—1913 гг. в своих лекциях указывал на возможность вызывания внушением в гипнотическом состоянии явления цветовой слепоты. При этом он отмечал, что под влиянием соответствующего внушения исследуемые переставали различать красную

и зеленую части спектра и на вопрос, какого цвета даваемые им куски красный и зеленый материи, отвечали, что они желтоватого цвета. Таким образом, здесь, как говорит Н. Е. Введенский, искусственно вызвано явление, известное под именем дальтонизма». Однако объективных доказательств нарушения ахроматопсии не было.

Наиболее доказательными могут быть исследования с помощью полихроматических таблиц Ишихара или Рабкина (со скрытыми цифрами разного цвета). Как известно применение этих таблиц не только дает возможность отличить лиц с расстройством цветового зрения от нормальных «трихроматов», но и установить симуляцию и диссимуляцию.

Исследованиями нашего сотрудника М. Д. Трутнева, проведенными в 1941 г. совместно с офтальмологом Ф. Ф. Мармуровским, с помощью этих таблиц у 42 исследуемых была показана возможность осуществления путем внушения по внушенному цвету частичной ахроматопии (на красный и зеленый цвета).

Идентичность результатов этих исследований (проведенных с помощью как таблиц Рабкина, так и таблиц Ишихара) достигает 80,4%. Приведем для примера одно из их наблюдений.

Больная Б., 42 лет, нормальный трихромат. До гипнотического внушения хорошо прочитывала на ряде таблиц скрытые красные цифры и фигуры. После соответствующего внушения, сделанного по внушенному цвету, она не смогла прочесть ни одной из «красных» цифр на 1, 2, 3, 6, 7, 12 и 13 таблицах Ишихара и ни одной из скрытых «красных» цифр таблиц Рабкина.

Этим данными согласуются наблюдения Эриксона (Erikson, 1939), касающиеся 6 исследуемых, которым внушалась слепота на красный, зеленый и красный + зеленый цвета.

Все это лишний раз подтверждает положение школы Н. П. Павлова о наличии в коре мозга цветового анализатора.

Сравнимся приведенными данными и примерами, указывающими на возможность психогенного некоторых расстройств зрения, что требует применения соответствующего терапевтического подхода. То же нужно сказать и о расстройствах слуха, реактивное выпадение которого хорошо известно психопедагогам, также не всегда учитывается отоларингами.

Как отмечает Н. П. Павлов (1951а), «тончайшие элементы и моменты целостно-машинной деятельности являются такими же раздражениями, как и раздражения, идущие от внешних рецепторов»¹, а потому они также вступают во всевозможные связи со всеми другими деятельностями организма. Отсюда мы можем ожидать, что через словесное воздействие возможно влияние на состояние кинестетического анализатора. Таким путем могут возникать психогенные (кортикальные) параличи деятельности тех или иных отделов двигательного аппарата.

Объективные доказательства происходящего под влиянием соответствующего словесного воздействия выпадения функций двигательного анализатора были получены С. Л. Левиным (1938).

Наблюдения велись на детях по комбинированной условнорефлекторной и секреторно-инстинктивной методике Н. П. Краснотурской. В гипнотическом сне внушалось: «Вы перестали видеть, перестали слышать, перестали чувствовать раздражения вашей кожи!», осуществлялось выключение зрительного, слухового и кожного анализаторов, вследствие чего слюбоотделительные, секреторные и двигательные условные рефлексы исчезали. Секретция слюны уменьшилась с 25 капель до 0—5 капель,

¹ Н. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 314.

одновременно отсутствовала двигательная реакция. То же имеет место и в том случае, когда внушение было направлено на устранение нецензурных, аффективных функций, т. е. возникли двигательный паралич конечности.

По данным И. М. Невского (1949), сделанное в гипнотическом сне словесное внушение о том, что паралич конечности исчезнет, приводит к удлинению хронологии сокращения этих конечностей в среднем в 2,4 раза по сравнению с ее величиной в том же состоянии бодрствования, что и до указания словесного воздействия. Это является одним из объективных критериев реализации сделанного внушения.

Сказанное в отношении кинестетического анализатора может быть вполне приравнено аналогичным образом к двигательным параличам и гиперкинезам.

Приведем некоторые из них, не упоминая о хорошо известных истерических параличах движений.

1. Больная К., 23 лет, кондуктор трамвая; в анамнезе имеется упорное насилие с трамвая навстречу без шипов задыхая, после чего и тот же день явилась тик и аффект в форме так называемой (галопирующей) судороги (беспрестанные мигательные движения головы). Несмотря на лечение, тик не прекращается в течение нескольких недель.

Под воздействием словесного внушения больная заснула быстро и глубоко. Уже во время засыпания непроизвольные движения стали уменьшаться и во время внушения они прекратились совершенно. Сделаны внушения успокоительного и ободряющего характера, забвения прошедшего. Проснулась без двигательных движений (сначала на судороги не обращала и больше не появлялась). Таким образом, одним сеансом словесного внушения по внушению сна вызвано стойкое устранение возникшего навязчивого гиперкинеза.

2. У больной Г., 16 лет, типичный хорейческий синдром. Постельный режим в течение 8 месяцев и общая укрепляющая терапия не дали эффекта, вследствие чего мать больной обратилась к нам. Из беседы выяснилось, что за несколько дней до заболевания на руках больной умерла ее сестра, страдавшая менингитом, что произошло в отсутствие матери. Возникло тяжелое переживание с самоубийством в смерти сестры. Больная стала худеть и постепенно развились хорейческие движения. Через год эти движения приняли ярко выраженный характер. В течение последних 8 месяцев находилась в состоянии полного истощения. Обычные методы лечения оказались безрезультатными.

После проведенной с нами беседы больная заявила близким, что ей стало легче. Профессор сказал мне, что я не виновата в смерти сестры, у нее было тяжелое течение менингита, не поддававшееся лечению. После второй беседы наступило резкое улучшение и через 3 недели, постепенно ослабевая, хорейческие движения совершенно исчезли. С тех пор девушка здорова, окончила консерваторию, поступила на службу. Через 3 года забеременела, снова появились хорейческие движения, которые не возникли после аборта.

У данной больной имела место психическая травма, вызвавшая перенапряжение и ступор высшей нервной деятельности, развившийся преимущественно в области двигательного анализатора, в форме хорейческого синдрома, т. е. патологически извращенности раздражительного процесса, влияющего на мышечную систему. В начале лечения психическая травма не была учтена лечащими врачами, вследствие чего лечение оказывалось безрезультатным. Психотерапия в виде двух сеансов анамнестической и разъяснительной беседы, проведенных в бодрствующем состоянии больной, полностью устранила весь патологический синдром.

Таким образом, путем словесного внушения соответствующего содержания оказывается возможным устранять функциональные нарушения деятельности гортанной мускулатуры, возникающие в форме параличей, навязчивых движений, ослабления мышечной силы и пр.

Рече-двигательный анализатор также может быть подвергнут внушающему воздействию слова. Путь соответствующего словесного внушения можно получить искусственные расстройства речи (мутизм), с одной стороны, и устранение этих явлений — с другой.



Рис. 42. Реакция дыхания во внушаемом сне на словесное внушение: «Хинин во рту» и «Хинина нет во рту».

Для иллюстрации приводим примеры из нашей психотерапевтической практики.

Больная П., 57 лет, направлена к нам с заключением: «ЛОР-органы без патологических изменений». На приеме больная мучлива и афонична. Плачет, волнуется. Со слов сопровождающего ее мужа, до болезни была впечатлительной, эмоционально лабильной, покладистой по характеру,



Рис. 43. Влияние словесного внушения на восприятие раздражений обонятельного анализатора во внушаемом сне.

1 — ритм дыхания на раздражителей (1) и внушаемое (2) вдыхание пахнатым спирта; 2 — реакция дыхания на раздражители пахнатым спирта после словесного внушения анестезии (3) и чувствительности (4).

трудолюбивой, исполнительной. Полтора месяца назад очень остро пережила обиду, ей было сделано в грубой форме незаслуженное замечание. Была угнетена, плакала. Заснула вечером, на утро не проснулась и так продолжала спать в течение 10 суток. За это время вставала (не просыпалась) только для физиологических отправления. Когда проснулась не могла говорить, появилась плаксивость и расстройство сна. Медикаментозное лечение на протяжении месяца не дало эффекта, речь не восстанавливалась.

После письменного опроса больной и обследования ее соматического и неврологического статуса мы сказали ей усердным тоном: «Врач вас усыпит, после чего по его требованию вы проснетесь с полным восстановлением речи». Больная быстро уснула. После соответствующего внушения речь по пробуждении полностью восстановилась. Больная находилась

под наблюдением в течение 6 лет, здоровья, рецидивов не было (наблюдение М. И. Каппур)

Нет сомнения в том, что в данном случае имело место запредельное торможение (выразившееся прежде всего в виде непрерывной 10-суточной сы), распространившееся также на речедвигательный анализатор, причем когда общее развитое сонное торможение исчезло, речедвигательный анализатор оставался в патологически закрепившемся тормозном состоянии, пока, наконец, путем психотерапии это инертное состояние запредельного торможения не было устранено.



Рис. 44. Реакция дыхания на холодовое раздражение (опускание руки в воду при температуре 14°) и внушающем сне до и после словесного внушения: «Рука ничего не ощущает» и «Рука ощущает».

Появляемо, другие виды функциональных нарушений деятельности речедвигательного анализатора, выражающиеся в форме истерической эхоталии, вербигирации и пр., также могут быть устранены путем словесного внушения во внушающем сне. Об этом свидетельствуют выска-



Рис. 45. Реакция дыхания во внушающем сне на истероцентричные раздражения со стороны шейки мочевого пузыря до и после словесного внушения: «Мочиться не хочется».

зывания И. П. Павлова, что стереотипы скелетного движения могут и должны быть понимаемы как выражение «патологической инертности раздражительного процесса в корковых клетках связанных с движением»¹. Персеверации же следует представлять себе также «только в клетках речевого движения» (разрядка наша. — К. П.).

Что касается других анализаторов, то аналогичным словесным воздействием в них также могут создаваться соответствующие объективно устанавливаемые положительные и отрицательные реакции. Не останавливаясь подробно на каждом из них, ограничимся приведением достаточно показательных кривых (рис. 42—44).

Следует отметить, что все сказанное выше в полной мере относится не только к экстерорецепторам, но и к интерорецепторам, ибо деятельность внутренних анализаторов организма человека также находится под воздействием коры мозга и также может претерпевать изменения путем словесного внушения. Иллюстрировать это могут наши наблюдения, относящиеся еще к 1928 г.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 443.

Исследуемая III в течение длительного времени находилась в состоянии шумного сна, причем ее пневмограмма непрерывно записывалась (рис. 45). Неожиданно мы заметили, что характерная для этого времени ритмика ее дыхания оказалась явно нарушенной. На наш вопрос: «Что вас тревожит?» III ответила: «Мне нужно». За полчасика до этого слышано, что она плакала один за другим три раза в воду, вследствие чего у нее возникли интероцептивные раздражения идущие со стороны стенки мочевого пузыря. И только после этого было сделано отрицательное шумение: «Мочки я не хочу!» после чего проявленная бессонница прекратилась и первая дыхательная фаза стала рывком. После продолжения у нее (рис. 46) мы получили следующий результат целенаправленного шумения.

Итак, мы видим, что с шумом слесового воздействия связывается возможным вносить изменения во все проявления деятельности различных анализаторов, как и в анализаторную функцию коры мозга в целом, усиливая или, наоборот, ослабляя ее или даже полностью прекращая деятельность отдельных анализаторов.

Все сказанное имеет весьма важное значение, свидетельствуя о том, что обе главнейшие функции коры мозга — замыкательная и анализаторная, обеспечивающие уравновешивание человеческого организма с внешней средой, подчинены воздействию слова. В силу этого последнее оказывается способным играть в системе высшей нервной деятельности человека немаловажную роль. В дальнейшем изложении приводятся многочисленные и разнообразные фактические данные, подтверждающие сказанное.

ГЛАВА VII

ПРЕВРАЩЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ

...в периферических аппаратах афферентных проводников мы имеем постоянное превращение разных видов энергии в раздражительный процесс. Почему бы при определенных условиях не происходить превращению энергии раздражительного процесса в энергию тормозного и наоборот?

И. П. Павлов

Описанные в предыдущей главе исследования касались непосредственного воздействия словесом на деятельность анализаторов. Создаваемые таким путем явления выпадения функций (аналгезия, глухота и пр.) свидетельствовали о возникновении в соответствующих участках коры мозга локального или определенной группы клеток. Идея же повышения этих функций свидетельствовала о возникновении местного процесса растормаживания, сопровождавшегося усилением возбуждения клеток. Таким образом, имела прямая, непосредственная реакция на словесное раздражение того или иного элементарного содержания, например: «больно» или «не больно» и т. д.

Переходим к рассмотрению данных еще одной группы исследований, в которых мы поставили задачу вызвать путем воздействия словом различные изменения (модификации) чувствительности корковых клеток, вплоть до полного ее извращения. Мы имели в виду возможность четко выявить ту роль, какую может играть слово, изменяющее самым характер отношения коры мозга к тому или иному раздражителю.

Как известно, возможность получения в хронических опытах на собаках извращенных реакций на безусловные раздражители впервые была установлена М. Н. Ерофеевым (1912) в лаборатории И. П. Павлова. В ответ на сильный фарадический ток, вначале вызывавший бурную двигательную оборонительную реакцию, в дальнейшем наблюдалась спящая реакция при полном покое животного. Электрокожные раздражители удалось сделать устойчивым побудителем пищевой реакции, так как они подкреплялись пищей. В опытах М. К. Петровым, также проводившихся на собаках, сильный фарадический ток, сначала вызывавший сильное возбуждение, в дальнейшем стал вызывать сильное торможение. А. Г. Иванову-Смоленскому (1929), применявшему акустический раздражитель значительной силы, удалось добиться у наблюдаемых им лиц развития сонного торможения и сна.

Проведенными нами в 1928—1932 гг. специальные исследования показали, что словесный раздражитель может оказаться фактором, устраняющим действие безусловного раздражителя или извращающим его значение. Мы имеем здесь в виду получение именно извращенных реакций, т. е. реакции, противоположных по своему характеру адекватным реакциям на действительные раздражители. Познанию, в этом нет ничего неожиданного, ибо, как отмечают К. М. Быков и И. Т. Курцин (1952), сила кортикальных импульсов может быть настолько велика, что она способна не только затормозить, но даже извратить врожденную безусловную рефлекторную реакцию.

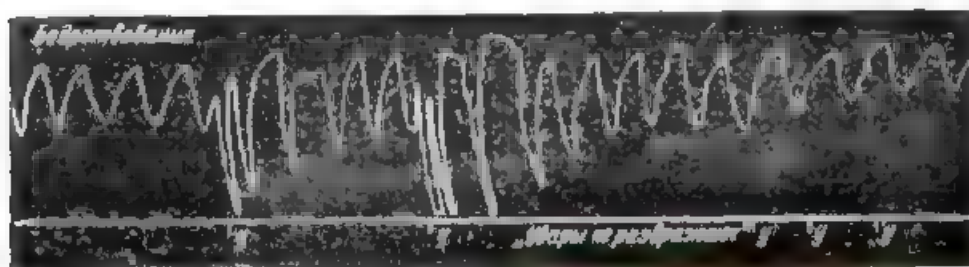


Рис. 46. Кимография дыхания на звуковой раздражитель до и после словесного внушения: «Удары вас по раздражителю» У — удары молотком по железному листу.

Другая часть этих исследований посвящена вопросу о воздействии словесного внушения на работоспособность (на физическую работу). Наконец, наши клинические наблюдения дают основание утверждать, что самое отношение человека к тем или иным факторам внешней среды, в частности, к ситуациям, травмировавшим его психику, также может измениться путем соответствующего словесного воздействия.

1. Наблюдаемой Ш., находившейся в бодрствующем состоянии, в кинематографическом фильме внешне. «Раздражающие вас раньше удары молотком по железному листу, которые вы сейчас слышите, теперь уже не раздражают!» Параллельно мы видим полную, телесный эффект реализации этого внушения: в то время как до этого в ответ на каждый наносимый по железному листу удар у Ш. возникала адекватная дыхательная реакция, которую она не могла произвольно задержать (см. рис. 10), после указания отрицательного словесного внушения такой реакции уже не наблюдалось — сильные звуковые (безусловные) раздражители стали индифферентными для ее нервной системы. Таким образом, отношение коры мозга к данному раздражителю резко изменилось: под влиянием слова резкий звук удара молотка получил для нее совершенно иное значение.

2. Другой случай является еще более демонстративным. Той же наблюдаемой, находящейся в бодрствующем состоянии, делается внушение: «Засните при сильном стуке по столу молотком!». Этого оказалось достаточно, чтобы получилась соответствующая реакция, о характере которой можно судить по кривой дыхания: почти одновременно с сильным ударом молотка у Ш. опустились веки и запись на барабане кимографа отметила спокойный начальный вдох и последующее более удлиненное поверхностное дыхание. Сделанное через некоторое время новое внушение: «Проснитесь при стуке!» вызвало соответствующую реакцию — при ударе молотка Ш. проснулась и кривая дыхания приобрела характер, отвечающий бодрствующему состоянию (рис. 47).

Итак, если в первом случае путем словесного воздействия мы пре-
 тратили сильный и резкий звуковой раздражитель в раздра-
 житель, приводящий в состояние внутреннего сна, т. е. в раздражитель
 условный, тормозной, успокаивающий, то во втором случае при ином со-
 держании произведшего впечатление тот же фактор был превращен,
 наоборот, в обратный по своему значению для нервной системы — в рас-
 координирующий, возбуждающий раздражитель. Еще более показатель-
 ными могут быть следующие два исследования, иллюстрируемые
 рис. 48 и 49.

3. На этот раз в качестве раздражителя мы пользовались весьма
 слабым раздражителем — диетой с низким содержанием железа. На это раз-

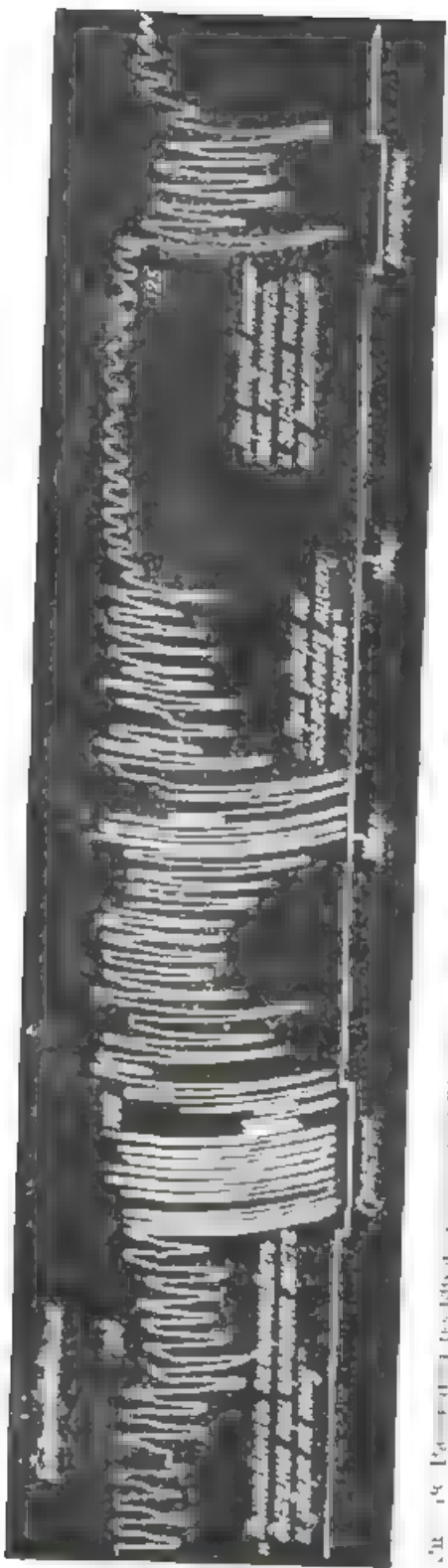


Рис. 47. Различная реакция исследуемой на один и тот же раздражитель в зависимости
 от содержания словесного внушения. Стрелки обозначают удары молотком по столу.
 Замысь дыхания

дражение, так же как и насыщенный удар молотком по тому же листу, наблю-
 даемая, будучи в бодрствующем состоянии, отвечала бурной дыхатель-
 ной реакцией, сопровождающейся повышением артериального давления
 (на 15 делений). Затем в том же бодрствующем состоянии ей было внушено,
 «При ударе по листу заснете!» и в ответ на индукционный удар
 молотка возникло сонное торможение, доказательством чего служили
 соответствующие изменения дыхания и артериального давления в сторону
 его понижения. Наконец, была дана следующая словесная инструкция:
 «При стуке метронома проснетесь, а заснете по прекращении стука».
 Кривая показывала эффект реальному давлению в состоянии при первом же
 стуке метронома последовало пробуждение из состояния внутреннего сна,
 при звуке ударов метронома — стрелкование, а по прекращении их
 засыпание (рис. 48). Соответствующие этому изменению величины кровя-
 ного давления свидетельствовали о происходящих при этом сдвигах в со-
 стоянии вегетативной нервной системы.

4. В данном случае имелась в виду вызвать извращенное отношение к
 длительно действующему звуковому раздражителю (исчерывающее сильное
 гремяние листа крепильного железа). С этой целью наблюдаемой,
 находящейся в бодрствующем состоянии, в императивной форме была дана
 словесная инструкция: «При первых звуках сильного гремяния заснете
 и, пока оно не прекратится, будете спать. Глубоким сном, прекращение же
 гремяния вас пробудит!» Действительно, первые же звуки гремяния
 привели наблюдаемую в состояние внутреннего сна. При этом, судя по
 ходу пневмограммы, состояние внутреннего сна развивалось в сторону
 его дальнейшего углубления, при прекращении же гремяния исследу-
 емая тотчас же проснулась. При этом артериальное давление до углубления
 было равно 135 мм, во время внутреннего сна — 130 мм, снижаясь до 125 мм,
 а после пробуждения опять стало 135 мм (рис. 49).

Нужно сказать, что все это вполне соответствовало тем извращенным
 отношениям, какие зачастую наблюдаются в повседневных условиях.
 Мы знаем, например, что во время сна хотя человек работаетшей мельницей
 мельник продолжает спокойно спать, но он тотчас же просыпается при



сокращения грэхота. Повидимому, большие, описанные Шарко, при постоянных исследованиях засыпали под влиянием сильных раздражителей именно потому, что постепенно сделались для них условными возбуждениями наступления сна.

Остановимся на другом ряде наблюдений, в которых условный раздражитель также оказывался более сильным, чем безусловный раздражитель.

5 На предельно наблюдаемой Ш., находящейся в состоянии выключенного сна, внезапно кладут (на 30 секунд) наполненный снегом резиновый пузырь (температура 0°). В ответ на это у нее возникает бурная двигательная реакция. Спустя несколько минут после снятия пузыря с

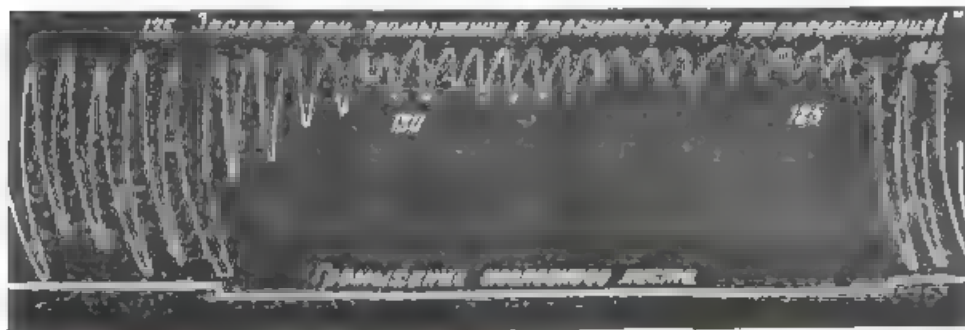


Рис. 49. Влияние словесного внушения на реакцию исследуемого при действии звукового раздражителя. Звук дыхания. Цифры обозначают величину кровяного потока.

позже накладывают на те же 30 секунд, но при этом одновременно произносят громко и утвердительно слово «теплое», в результате чего реакция со стороны дыхания стала уже иной. Дыхание стало значительно спокойнее, с меньшей амплитудой и более редкой частотой. Такое же воздействие, но с более энергичным и многократным повторением слова «теплое» дает еще более спокойную реакцию. Наконец, реальным холод, без предшествующего внушения, снова вызывает прежнюю бурную реакцию (рис. 50).

6 Вливанием 200 мл воды температуры 14° в левое ухо наб. водем. Ч., находящегося во внушенном сне, сопровождалось внушением: «Голова».

Это приводило к возникновению у нее галлюцинаций, с одной стороны, отводящих содержание словесного раздражителя и оказывающих ее раздраженным по отношению к действительному безусловному физиологическому раздражителю. В противоположном случае при вливан. в то же ухо воды температуры 30° и одновременном внуш. или: «Холод» она имела место галлюцинаций в правую сторону, т. е. она была пассивна по отношению к физиологическому раздражителю.

Таким образом, в обоих последних наблюдениях путем соответствующего внушения холодная вегетативная реакция была превращена в тепловую, а тепловая — в холодную (т. е. в обоих случаях «доказанная» перекачку словесного внушения). При этом характер реакции соответствовал тому, как она также соответствовал ее изменению.

В аналогичных исследованиях Н. Леви и Р. Лейднера¹ наблюдаем,

¹ Данные заимствованы из статьи Н. Н. Тимофеева, помещенной в журнале «Невропатология и психиатрия» за 1936 г. в № 11.

сидящей в состоянии внутреннего сна на вращающемся кресле, внушалось, что она вращается в кресле и в определенную сторону велел за чем кресло действительно вращали, но в противоположную сторону. Возникший при этом симптом указательного пальца соответствовал не действительному вращению, а в н у ш е н и ю, т. е. второстепенный фактор имел перевес.

Извращения реакций, создаваемые путем словесного воздействия, особенно четко показаны в последнее время в плетимографических исследованиях А. Т. Пшоника (1952), когда болевые раздражения при нало-

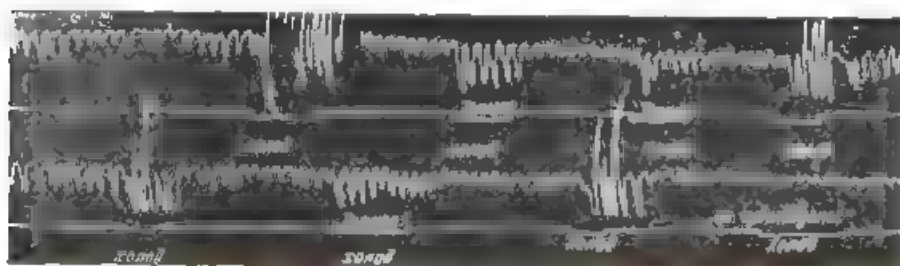


Рис. 50. Извращения реакции дыхания на холод (верх), возникшая под влиянием словесного внушения: «Тепло»

жопки горячего (63°) под влиянием словесного условного раздражителя «Дно теплое» (43°) вызывали не «болевые» ответные реакции, а «теплые».

Упомянем об относящихся к той же категории исследованиях Маркуса и Сольгрена (Marcus и Sahlgren, 1925; Стогольмская серия К. П. Пшоника). Путем словесного внушения во внутреннем сне им удавалось значительно ослабить влияние на вегетативную нервную систему адреналина, атропина и пилокарпина, а также снизить воздействие инсулина на количество сахара в крови одного больного диабетом (путем сделанного ему словесного внушения, что выпрыскивается вода, в то время как фактически имела место инъекция одного из этих веществ). Гесслер и Хансен (Gessler и Hansen, 1927) исследовали изменение основного обмена под влиянием внушения словом. Наблюдаемые были обменные и психические в состоянии внутреннего сна в помещении с температурой 0° . Им внушалось ощущение теплоты. По данным авторов, основной обмен при этом оказался таким же, каким он был в обычных температурных условиях, т. е. совершенно не измененным. В другом случае исследованным, находившимся в лаборатории при комнатной температуре, внушалось ощущение сильного холода, что вызывало соответствующие этому значительные изменения со стороны обмена веществ, повышавшегося на 20–30%.

Переходим к исследованиям, посвященным извращению путем словесного внушения характера воздействия безусловных химических раздражителей.

7. У нашей последующей в бодрствующем состоянии, так же как и в состоянии внутреннего сна, неизменно возникала в ответ на вдыхание запаха нашатырного спирта резкая эмоциональная реакция отрицательного (оборонительного) характера, сопровождавшаяся появлением на глазах слез. После императивно сделанного ей внушения: «Это не спирт, а фиалка!», ее реакция резко изменилась: она начала вдыхать запах нашатырного спирта полной грудью при исчезающем ярком дыхании, а на лице ее появлялось выражение удовольствия. При отмене же этого внушения

снова возникла прежняя бурная отрицательная реакция, отвечающая реальному раздражителю (рис. 51).

В дальнейшем мы совместно с психологами А. Н. Мадженич (1931), М. С. Лебединским (1941) и Е. Н. Козис (1951) решили выяснить возможность снятия путем соответствующего внушения во внушенном сне воздействия умеренной дозы алкоголя, т. е. возможность изменения отношения нервных клеток высших отделов центральной нервной системы к вводимому алкоголю.

8. Пяти наблюдаемым, приведенным в состояние внутреннего сна, делалось внушение: «После пробуждения вами будет выпит безалкогольный напиток» («чаи, вода, соки» и т. п.). Фактически же в пробуждение



Рис. 51. Различные реакции дыхания на раздражители в состоянии внутреннего сна. Стрелки обозначают отдельные моменты раздражения.

они выпивали соответствующее количество (150—200 мл) крепкого (20°) портвейна. Никаких обычных в этих случаях признаков опьянения у них до этого, совершенно не имелось, что объективно проверялось путем соответствующих психофизиологических тестов, исследованиям типичных реакций и поведением исследуемых. Аналогичные наблюдения позднее были опубликованы также проф. А. И. Сумбатовым (1946).

Затем были произведены исследования обратного порядка: наблюдаемым, находящимся в состоянии внешнего сна, делалось внушение, что ими принято внутрь 200 мл 20° портвейна, в то время как фактически они выпивали такое же количество чистой воды. При этом внешнее поведение исследуемых, их вегетативные реакции, данные экспериментально-психологического исследования указывали на изменения, соответствующие таковым при реальном воздействии алкоголя, вплоть до электроэнцефалографической картины (подтверждено ориентировочными исследованиями, проведенными в 1953 г. нами совместно с М. Л. Линейным).

Приводим данные этих ориентировочных исследований.

9. До начала исследования частота сердечных сокращений наблюдаемой Н. равнялась 66 в минуту. Через 15 минут после приема 50 мл алкоголя частота сердечных сокращений увеличилась до 73 в минуту (учащение на 7 сокращений), сопровождаемая объективными признаками возбуждения, гиперемией лица, повышенной подвижностью и т. д. После внушения, сделанного во внушенном сне: «Проснитесь трезвой», исследуемая Н. оказалась в нормальном бодром состоянии. После пробуждения число сердечных сокращений 68 в минуту (т. е. как и до приема алкоголя). Таким образом, соответствующее внушение, сделанное в состоянии внутреннего сна, действительно, освободило Н. от проявлений действия алкоголя.

10. Той же наблюдаемой, приведенной в состояние внешнего сна, делалось внушение: «После пробуждения вами будет выпито 50 мл алкоголя». После пробуждения Н. была бодрой, активная, четкая, и т. п., причем утверждает, что «пьет водку». Частота сердечных сокращений через

несколько минут, при всех внешних проявлениях умеренного алкогольного опьянения, равнялась 75 в минуту, т. е. оказалась равной частоте, имевшей место в состоянии трезвости. Последующее сновидение аналогично с частотой 75 в минуту, т. е. до исходного состояния.

В дальнейшем мы исследовали влияние внешнего (т. е. внешнего) отрезвления на эффективность физической работы на эргографе.

11. Исследуемая Д. в бодрствующем состоянии выполняла работу на эргографе, выражающуюся в подъемах груза в 4 кг с ритмом 120 в минуту (рис. 52). Через 2 минуты работы она выпила 100 мл 20° портвейна, после чего продолжала работу на эргографе. На 6-й минуте после приема портвейна появились явные признаки легкого алкогольного опьянения, что выразилось в значительном снижении эргограммы. После этого наблюдаемая приказом «Спать!» была быстро погружена во внешнее состояние, в котором не было слышно шума. При этом состояние внешнего сна длилось всего лишь 1 секунду. После пробуждения работа была тотчас продолжена, причем отмечено значительное повышение работоспособности.

12. После полутораминутной работы на эргографе (1) наблюдаемая в бодрствующем состоянии выпила 150 мл портвейна, после чего в результате вызванного внешнего сна (1) была погружена во внешнее состояние, в котором не было слышно шума. При этом состояние внешнего сна длилось всего лишь 1 секунду. После пробуждения работа была тотчас продолжена, причем отмечено значительное повышение работоспособности.

Как известно, А. О. Долину (1948, 1952) путем применения условного коркового торможения удавалось купировать действие токсических доз морфина. Говоря об этом, автор отмечает, что первое состояние, вызываемое условными корковыми связями, может при определенных условиях взять перевес над состоянием, вызванным даже химическим или токсическим агентом (1948).

Не лишена значения возможность приспособления нервной системы к некоторым элементарным (голодный, жажду, физическая нагрузка и т. д.) факторам, также осуществляемого путем соответствующих словесных воздействий. Сюда относятся, например, различные уртикарные явления, сопровождающиеся мучительным зудом, и разные другие проявления индивидуальной непереносимости.

Так, А. И. Картамышев (1942) приводит ряд наблюдений, когда словесным внушением во внешнем сне устранялись тяжелые сальварсаниновые дерматиты, препятствовавшие проведению соответствующей терапии. Сюда же могут быть отнесены наблюдения над десенсибилизующим воздействием психотерапии при анафилактической крапивнице. В одном из случаев (см. также в работе Г. И. Давыдова, 1952) с помощью словесного внушения удавалось купировать действие анафилактического агента (К. А. Давыдов, 1952).

Небезинтересны исследования студента Ю. М. Завяла (1952), которому таким путем удавалось устранять возникавшие у больных при лечении их амбихомом тяжелые побочные явления (головная боль, головокружение, потеря аппетита, боли в кишечнике, тошнота или рвота, расстройство сна, зуд и др.). Из 14 больных, у которых ни одно из применявшихся медикаментозных средств не могло устранить токсического действия амбихома, у 12 был получен положительный эффект в помощи психотерапии.

В этом мы видим прямое подтверждение возможности оказывать путем словесного внушения воздействие на реакцию (сопротивляемость)

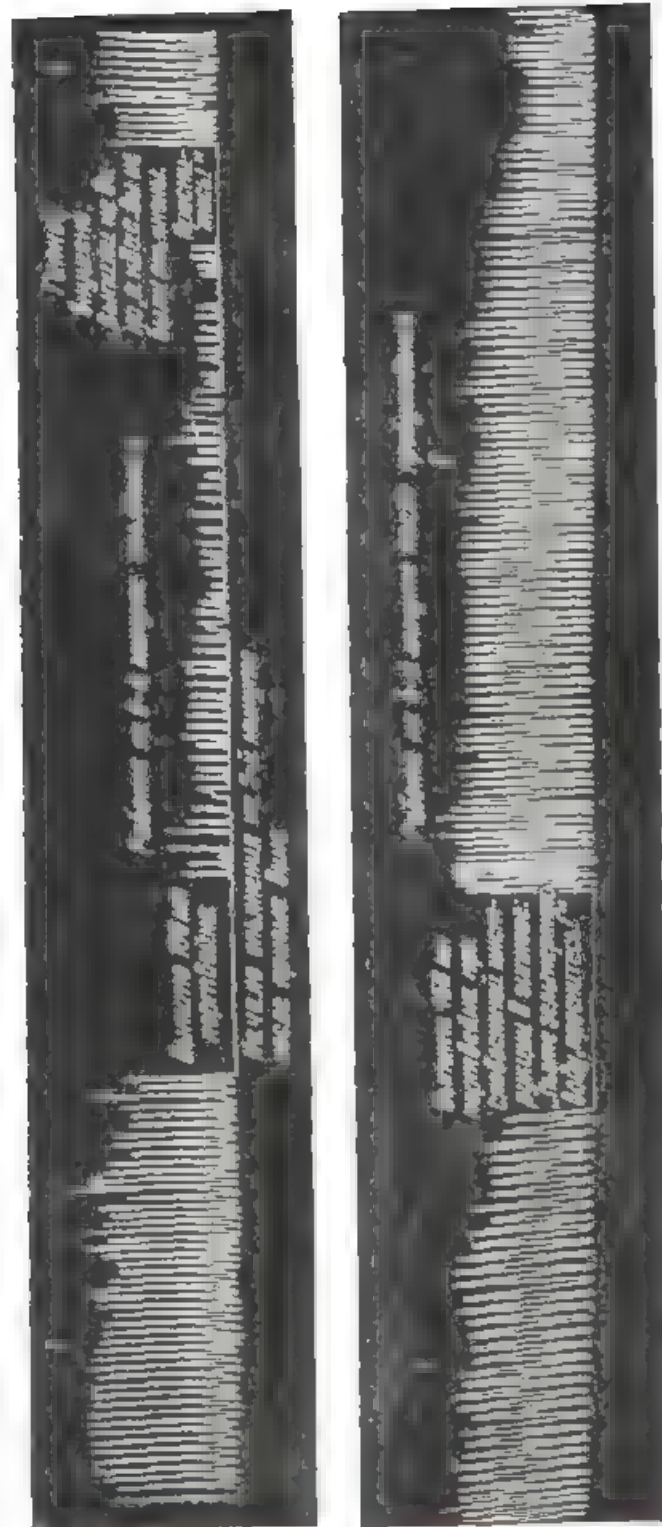


рис. 52. Удаление звукового сигнала на рабочем месте водителя

центральной нервной системы к действию умеренных доз токсических веществ. Естественно возникает вопрос, не могут ли результаты этих исследований служить прототипом карбонового (условно рефлекторного) иммунитета о котором говорили в свое время Н. А. Подкопаев (1926) и С. Метальников (1926).

Далее следует отметить, что А. О. Долин, Е. Т. Минкер-Богданова и Ю. А. Поноринский (1934) изучали влияние коры мозга на обмен веществ, также получили картину извращенных реакций. В частности, изучая влияние коры мозга на углеводный обмен, авторы вводили исследуемой, находящейся во впнутом состоянии, при давлении концентрированного сахарного раствора, «Выпьем дистиллированную воду». В результате содержание сахара в крови не только не повышалось, но, наоборот, в первую треть опыта резко уменьшилось.



Рис. 53. Изменение работоспособности путем словесного внушения в гипнотическом сне. а — мышечные сокращения, записанные на эргографе при грузе 10 кг; б — то же при явном облегчении груза.

Итак, во всех этих исследованиях бросается в глаза парадоксальность явления: под влиянием словесного внушения сильнейшим безудержным раздражителем утрачивает свою силу или же вызывает необычную для него извращенную реакцию.

Причем ряд наших эргографических исследований с внушением облегчения груза. Под наблюдением находилась женщина 38 лет и мужчина 30 лет, специально засыпавшие под влиянием короткой словесной инструкции: «Засыпайте!»

1. Наблюдаемый Р., 36 лет, крепкого телосложения, обладавший большой мышечной силой, в бодрствующем состоянии выполнял на эргографе Мессо работу подъем груза в 10 кг в ритме ударов метронома (104 удара в минуту). На кривой а (рис. 53) видно, что при выполнении этой работы явное утомление наступало уже на 4-й минуте. Через некоторое время после необходимого отдыха приступали к выполнению второй части исследования, состоявшей в том, что после подмышечной работы Р. приводился на 10 секунд в состояние внушенного сна, в котором ему внушалось: «Груз не 10 кг, а 5 кг, проснитесь и продолжайте работать!». При этом являющаяся картина полного утомления исчезала только на 7-й минуте работы (рис. 53, б).

2. Наблюдаемая Д., 38 лет, в бодрствующем состоянии поднимала груз в 20 кг двумя руками с максимальной действенной для нее скоростью, причем движения регистрировались на эргографе Номинала. Работа проводилась в течение одной минуты, после чего исследуемая Д. заявила, что груз для нее тяжел (каждый раз поднимала его с явным напряжением). Работа стражета на кривой а (рис. 54) и продолжалась с 16 кг в течение одной минуты. Непосредственно после этого исследуемая Д. была быстро приведена в состояние внушенного сна, в котором с. было сделано внушение: «Груз весит не 20 кг, а всего лишь 4 кг, проснитесь».

начинайте работать!». После пробуждения была снова начата работа тем же грузом, причем тотчас же обнаружилась разница в работе: она была легче выше и чаще, без прежней напряженности (рис. 54, б), за минуту была выполнена работа, равная 350 кг/м.

При производившемся одновременно с этим последовании объемной вентиляции обнаружено, что в первом случае при подъеме груза

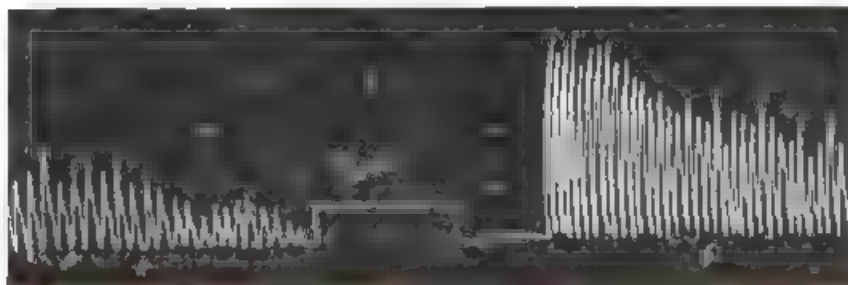


Рис. 54. Влияние на работоспособность (эргография) уменьшения веса груза
— работа при грузе 10 кг — после уменьшения веса груза до 5 кг.

внушения облегчения его (кривая а) минутный литраж поднялся с 3,5 до 13,5 и релаксация произошла в течение 4 минут. Во втором случае уменьшением груза в 5 раз) минутный литраж поднялся с 3,5 до 7,7. Релаксация произошла в течение 2 1/4 минут (рис. 55).

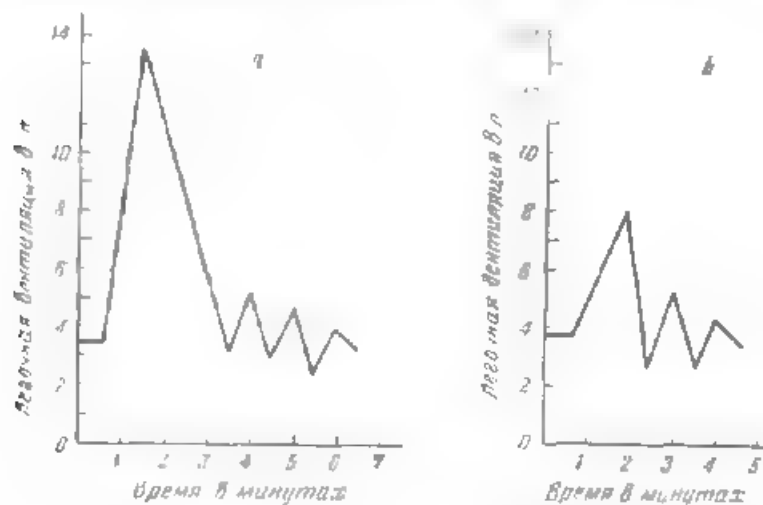


Рис. 55. Легочная вентиляция при мышечной работе до (а) и после (б) внушения о) уменьшения веса груза

Та же наблюдаемая. Записана эргограмма при подъемах груза в 10 кг с максимально достигнутым ритмом подъемов в минуту (рис. 56, а), затем исследуемая на несколько секунд приводится в состояние полного сна. После внушения: «Гиря снята, ее нет, остались одни веревки, проснитесь, работайте!» наблюдалось увеличение работоспособности (рис. 56, б)

В последние годы М. Л. Линецкий сделал попытку выяснить пределы возможных изменений в энергетическом фоне работы, выполняемой исследуемым. Исследование было выполнено в такой последовательности. После того как при работе на эргографе у исследуемой наступало утомление, делалось внушение: «Поднимаемый вами груз облегчен в два раза!» После этого работоспособность тотчас же восстанавливалась. Когда утомление снова наступало, ей вновь делалось внушение, что груз облегчен еще в 2 раза. И так много раз подряд. Работоспособность многократно восстанавливалась. Однако степень восстановления становилась все меньшей и меньшей, в конце концов, работоспособность совсем не восстанавливалась. Но как только было сделано новое внушение о том, что



Рис. 56. Влияние на работоспособность (эргограммы) внушения об облегчении груза.

а — работа при грузе 10 кг; б — работа после внушения: «Гирь нет. Один веревочка».

нагрузка уменьшена в 4 раза работоспособность снова резко возросла. Затем, когда снова наступило утомление, снова было сделано такое же внушение, и так многократно. Наконец, наступил такой момент, когда внушение об облегчении груза в 4 раза оставалось уже без эффекта. Тогда было внушено, что груз уменьшен в 10 раз. Опять работоспособность восстановилась и опять наступил момент, когда это внушение уже не влекло за собой восстановления работоспособности. Тогда было внушено, что груз уменьшен в 20 раз. И снова произошло восстановление работоспособности. На этом исследовании было прервано. Повторные исследования, проведенные с другими двумя лицами, дали тот же эффект.

Фактические данные говорят о том, что явление охранительного торможения наступает в корковых клетках задолго до того, как в них будет израсходовано сколько-нибудь значительное количество их энергетических ресурсов.

Аналогичные исследования, также касающиеся mildly облегченной работы, по нашему предложению и при нашей консультации были произведены В. М. Василевским (1934) у ряда лиц в более сложных экспериментальных условиях: при езде на велоэргографе Крота с одним, двумя и тремя грузами и при подъемах на высоту 0,5 м чугунных гирь в 5 и 10 кг и картонных макетов этих гирь.

Если в условиях внушенного сна делают словесное внушение об облегчении или, наоборот, утяжелении работы, производимый в произвольном темпе, то это вызывает при стабильности темпа и нагрузки соответствующие изменения в потреблении кислорода и частоте пульса. Если после предварительного предельного утомления, вызванного кратковременной максимальной работой, делают внушение: «Сейчас работа стала для вас легкой!», то наблюдается увеличение выполненной работы и относительное снижение потребления кислорода. Внушение: «Вы сейчас не работали», сделанное непосредственно после окончания работы, вызывает падение интенсивности кислородного потребления в релаксационном периоде и снижение частоты пульса. Наконец, внушение о mildly

проведенной работе, сделанное в состоянии покоя, вызывает повышение газообмена, учащение пульса и увеличение двигательной хронаксии.

Более углубленные исследования в этом направлении были в дальнейшем проведены Д. П. Шатниловым (1931). Экспериментальная и практическая значимость всех этих данных состоит в том, что они лишний раз подтверждают влияние когнитивных процессов на физиологические функции. Изменяются специфические исследования Р. П. Ольшанской (1930). Они подчеркивают важную роль внушающего воздействия на некоторых людях только суждения о «дактильном», «асфорот», «у удилости» тинкети выполняемой работы. Эти данные подтверждают слова И. П. Павлова

27). «Факт, что интенсируемому можно внушить все противоположное действительности и вызвать реакцию, прямо противоположную действительным раздражением». «Без патыжки, — говорит он дальше, — можно бы понять как парадоксальную фазу в состоянии нервной системы на стимулы раздражения имеет эффект, который называется «Можно представлять себе, что она же (т. е. парадоксальная фаза — К. П.) дает себя знать в тех нормальных людях, которые больше поддаются влиянию слов, чем фактов окружающей действительности»¹.

И Павлов подчеркивает, что «интенсивность и характер когнитивных процессов зависит именно от того, что бесчисленные мнимые раздражители при определенных условиях меняют свое физиологическое воздействие».

Появляющему, именно в этом и лежат физиологические механизмы тлений, наблюдающихся столь часто в нашей жизни, когда положительные и отрицательные внушения и самовнушения нередко влияют на весь ход последующих событий нашей жизни. Как известно, эти явления получили свое отражение также в художественной литературе: вспомним «Ревизора» Гоголя, «Отелло» Шекспира, «Горе от ума» Грибоедова, русскую пословицу «Не по хорошему мил, а по милу хорош!», наконец, слова «Мольера, пропущенного в «Миланте, неслучайно, что он был «Миланте» «Влюблен он в бедную — она белей жасмина, красавица как смертный грех черна — смугляшкой страстно зовет ее картишю», и т. д.

Для иллюстрации приспособления человека к внешним условиям реды или даже извращения отношения к этим условиям, которые можно вызвать путем соответствующего словесного воздействия, приведем некоторые наши наблюдения из амбулаторной и клинической психотерапевтической практики.

1. Больная Т., 13 лет, страдает туберкулезным спондилитом. В течение 3 месяцев живет в гипсовой кровати днем и ночью в крайне раздражительна, капризна, поведение беспокойное, спит плохо. Все это обусловлено тем, что депошка не может примириться со своим вынужденной неподвижностью и невозможностью менять положение тела. Вследствие этого крайне измучила себя и своих родителей, вынуждая последних решиться на изменение этого положения. Необходимое при данных условиях физиотерапевтического мероприятия.

Проведено три сеанса психотерапии во внешнем дремотном состоянии, что дало положительный результат. Больная стала выносить вынужденной и терпеливо пролежала в гипсовой кровати в том же положении еще в течение нескольких месяцев, причем повысился аппетит и восстановился нормальный ночной сон.

2. Больная С., 25 лет, обратилась с жалобами на чрезвычайную раздражительность, вспыльчивость (до «злости», до избиения любимого мал

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, 1927, стр. 358.

летнего сына). Раньше была доброй, степенной, уживчивой, трудолюбивой и волевой. После такого рода «взрывов» возникал сильный упадок сил, диссомния. Начало невротического состояния относит ко второму году своего замужества, когда сложилась тяжелая, психически травмирующая семейная обстановка (проживающая вместе с ними ее сестровица оказалась алкоголичкой), а брат мужа — слабоумным, требующим постоянного ухода. С течением времени невротическое состояние прогрессировало, особенно в связи с алкоголизмом у мужа. Стали возникать боли в желудке и рвота после еды. Поликлинический диагноз: язва желудка. При соблюдении предписываемую врачами строгую диету, началось лечение, поликлиническими лечебными мероприятиями оказывались безрезультатными. В дальнейшем применялась психотерапия.

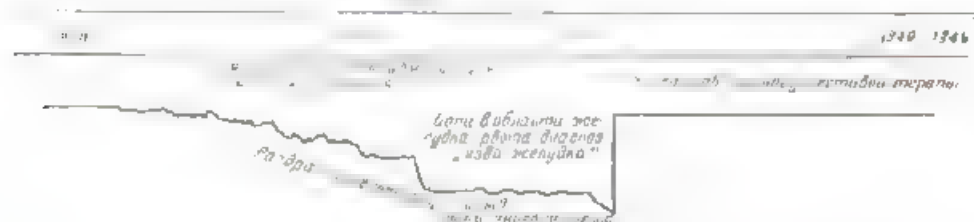


Рис. 57. Схема состояния больной С. на время болезни и после гипноза. Кривая иллюстрирует улучшение в состоянии больной.

Анамнез в данном случае говорил о наличии тяжелого психогенного (ситуационного) невротического синдрома в форме раздражительной слабости, возникшего в условиях хронической психической травмы. После разъяснительной и успокаивающей беседы проведено 6 сеансов вытеснения в гипнотическом сне следующего содержания: «К условиям вашей жизни вы относитесь вполне спокойно, можете спокойно работать, испытываете вполне хорошее материнское чувство к своему ребенку, ваше сознание ничем более не нарушается и т. д. После каждого сеанса в течение 10-15 минут находилась во внушенном состоянии. Длительность была полностью немедленно отмечена. В результате после каждого проводимого сеанса отмечалось прогрессирующее улучшение самочувствия и полная реализация внушенного правильного отношения к сложившейся тяжелой семейной ситуации.

Была под наблюдением в течение 8 лет; рецидива не было.

В дальнейшем, в годы Великой Отечественной войны, пережила тяжелые условия эвакуации и потерю сына на фронте. Прежний синдром (в частности, гастрический) не рецидивировал. По словам больной, при трудных обстоятельствах жизни ее успокаивали оживляемые в памяти воспоминания о детстве.

Таким образом, словесным воздействием удалось резко изменить отношение мозга к травмирующим психику факторам, вернуть больную к нормальным условиям трудовой жизни (см. схематическую кривую на рис. 57, ход которой демонстрирует изменение в состоянии больной, происходившее в течение всей ее болезни).

3. Больная Н., 49 лет, несколько месяцев назад перенесла операцию удаления злокачественной опухоли левой грудной железы. После этого страдает навязчивым страхом возможного рецидива, вследствие чего развилось тяжелое угнетенно-тревожное состояние (двое соседей по квартире страдали раковым заболеванием). Вследствие этого, по ее словам, «стала крайне тоскливой для себя и для окружающих, утратила работоспособность и интерес к жизни».

Проведено три сеанса мотивированного словесного внушения, причем в первом сеансе больная была в оживленном состоянии, во втором в дремлющем состоянии, в третьем — в внушенном сне. Больной внушалось спокойное отношение к ее заболеванию, уверенность в полном выздоровлении, восстановление работоспособности, интереса к жизни и, кроме того, спокойное отношение к больным соседям. После этих сеансов состояние резко изменилось: стала бодрой и работоспособной, осталась здоровой и сохраняла спокойствие в течение последующих 3 лет.

Таким образом, путем соответствующего словесного воздействия возможно в известных случаях изменить отношение человека к семейной, бытовой или служебной ситуации, которая травмирует его психику.

ГЛАВА VIII

СОТНОШЕНИЕ МЕЖДУ ОСНОВНЫМИ КОРКОВЫМИ ПРОЦЕССАМИ

Конечно, надо думать, что в огромном большинстве случаев заболевание нервной системы есть нарушение правильных соотношений между раздражительным и тормозным процессами.

.. при трудной встрече раздражительного и тормозного процессов мы получаем то преобладание раздражительного процесса, нарушающее тормозной процесс, то преобладание тормозного процесса, нарушающее раздражительный процесс..

И. И. Павлов

Как известно, у здорового человека нормальное соотношение между основными корковыми процессами, раздражительным и тормозным, если оно было чем-либо нарушено, обычно довольно быстро самостоятельно восстанавливается.

Однако в случае значительного напряжения высшей нервной деятельности, например, вследствие непосильных раздражений или же ошибки раздражительного и тормозного процессов, это ведет к более или менее длительному нарушению обоих процессов.

Практика показывает, что путем словесного внушения определенного содержания, сделанного в бодрствующем состоянии или же во сне, удается возможным восстановить нарушенное нормальное соотношение основных корковых процессов.

Иллюстрировать это положение можно многочисленными фактами из психотерапевтической практики.

Как отмечает И. И. Павлов, «.. одно из самых бросающихся в глаза, особенно интересных, особенно приложимых в неврологии и в психиатрии, это есть шертное состояние раздражительного процесса, т. е. такое, когда раздражительный процесс делается упрямым, упорным, менее скоро уступает место законно возникающим тормозящим влияниям»¹.

Приводим примеры такого рода явлений в применении внушения словом, направленного к их устранению.

¹ И. И. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1954, стр. 434

1. Больная М., 45 лет, обратилась с жалобой на резко повышенную раздражительность и на истощающе преследующую ее боязнь извести себя некрасивыми и неполезными действиями. По существу в состоянии сдерживать свою непомерную раздражительность, она при всей своей сознательности иногда, действительно, срывается и совершает ошибки. В такую минуту ею овладевает чувство острой неприязни к людям, затем быстро проходящее. При этом она ясно понимает, что была неправа и неадекватна, после этого остается тяжелым осадок и неприятное чувство неумения себя сдерживать. Такие явления возникают не только на работе, но и в семье. Все это ее очень тяготит и беспокоит — «просто до болезненного состояния», тем более что такое состояние длится почти 2 месяца. Не прерывая своей работы, больная до начала лечения посетила терапевтов и невропатологов.

Однако ее состояние не улучшалось, «оставаясь тяжелым как для себя, так и для окружающих».

Больная относится к сильному и уравновешенному типу нервной деятельности, наследственность неотягощена. Работала 16 лет в суде, причем в последние годы была лишена возможности нормально пользоваться своим отпуском. По своей работе постоянно связана с людьми, огорчающими и к тому с различными сложными претензиями и требованиями. Работа и положение требуют, чтобы она всегда была сдержанной, уравновешенной, внимательной и чуткой, какой она и была до заболевания. Однако вследствие значительного переутомления, вызванного чрезмерно напряженной работой, у нее появилась сильная раздражительность, невозможность владеть собой, «потеря силы воли» и ею овладело «тяжелое чувство неприязни к людям».

Проведена психотерапия в виде шести сеансов. Успех достигнут: по окончании своего курса лечения больная сообщила, что ее раздражительность и чувство неприязни к людям, действительно, исчезло. Она рассказала, что раньше, будучи в состоянии раздражения и неприязни, как и многие из нас, в состоянии все забыть и забыть себя, но теперь, благодаря лечению, она сохранила способность к спокойствию, самообладанию и уверенности в себе. Ночью вы спите спокойно и крепко, забывая все внешние дела и переживания.

После проведенного лечения больная, по ее словам, «почувствовала себя совсем другой». ее «перестало мучить чувство боязни за себя, за могущую случиться неприятность от неумения себя сдерживать», причем исчезла раздражительность и чувство неприязни к людям. Настроение стало ровным, спокойным, совершенно пропало долго преследовавшее ее чувство постоянного страха за могущие быть недоразумения с коллегами. «Я вошла в нормальную колею», — сообщила нам больная, — и единственное мое желание, чтобы это состояние у меня прочно сохранилось». После этого М. была под нашим наблюдением в течение 3 лет, рецидивов не наблюдалось. При этом она строго выполняла предписанные ей указания в отношении ночного сна и порядка чередования труда и отдыха.

У данной больной вследствие длительного переутомления и напряженной борьбы с параставшей несдержанностью возникло значительное перенапряжение тормозного процесса, что и привело к его срыву. Тем самым создавалось патологическое преобладание раздражительного процесса над тормозным, получившее свое выражение в неврастеническом синдроме (порванная стадия неврастении по А. Г. Иванову-Смоленскому). Обычные методы успокаивающей и укрепляющей терапии не могли устранить этого состояния, ибо для этого требовалось воздействие совершенно иного типа, направленное непосредственно на кору мозга, а деятель-

ности которой это нарушение и возникло. Следует отметить, что психотерапия с активным сном проводилась без отрыва от служебной деятельности больной.

2. Больной С., 28 лет, обратился с жалобами на чрезмерную раздражительность, приводящую к полной невозможности спокойно относиться к окружающим и владеть собой, потерю работоспособности, бессонницу, тревожно-угнетенное состояние. На службе делает грубые промахи, стал невыдержанным, за что получает замечания. Заболевание возникло 3 месяца назад, когда совершенно внезапно для него произошел разрыв с женой: она ушла от него, заявив, что любит другого. Прожил с женой 5 лет, продолжает ее любить, не может примириться с мыслью о случившемся. «Хочу забыть, но не могу!» «Ищу встречи с ней!», — говорит больной.

Во вынужденном дремотном состоянии больного проведено девять сеансов психотерапии с внушением: «Прежнее чувство к жене вами забыто, вы стали к ней совершенно равнодушны, так как она недостойна вашего внимания. Это уже не дум, суждений, воспоминаний о ней или встречи с ней, а не трогают. Ваше спокойствие полностью восстановилось, вы полностью заняты и работой, и собой» и т. п. В результате прежнее чувство к жене резко ослабело: «Я как то перестал о ней думать», — говорит больной. При этом общее самочувствие и работоспособность пришли в нормальное состояние. Положительный катамнез 2 года (наблюдение П. М. Зелевского).

Таким образом, у данного больного имела место внезапно произошедшая непосильная для его периферической системы ломка динамического стереотипа, что привело к глубокому нарушению корковой динамики, произошедшему в значительном преадаптивном раздражительного процесса и резком ослаблении тормозного, что снизило аналитическую функцию коры мозга и умение владеть собой.

В обоих приведенных вами примерах путем сеансов словесного воздействия, оказанного в дремотном состоянии или же во вынужденном сне, нарушенное соотношение между основными корковыми процессами было восстановлено. Это было достигнуто путем внушения «восстановления полного спокойствия и умения владеть собой» (в первом случае) и «забвения прошлого чувства», оказывавшего при создавшейся ситуации травмирующее воздействие на корковую динамику больного (во втором случае).

Следует отметить, что роль этого весьма важного в физиологии высшего нервной деятельности процесса «забвения» пережитого особенно ярко подчеркивалась в свое время Пьером Жане (P. Janet, 1903), отмечавшим, что «одним из самых ценных приобретений патологической психологии было бы то, которое дало бы нам нервно средство предавать забвению то или иное психологическое явление». Таким средством в данном случае оказалось внушение забвения, сделанное в дремотном состоянии. В ряде случаев такое внушение представляет замечательный прием, приводящий к решительному устранению последствий пережитой психической травмы.

В результате хронического преадаптивного тормозного процесса при быстрой истощаемости (слабости) раздражительного может возникнуть нарколепсия. Этот вид нарушения соотношения основных корковых процессов в известных случаях также может быть устранен путем соответствующего словесного воздействия.

Приводим пример.

3. Больной Т., 33 лет, обратился с жалобой на то, что при всех отрицательных переживаниях, испытываемых им, он тотчас же засыпает, что

может происходить где угодно и когда угодно. Такими отрицательными переживаниями, вызывающими состояние сна, могут быть, например, какие-нибудь неприятные для него слова, сказанные по его адресу, нанесенное ему оскорбление или обида и т. п. Так, когда в приемной поликлиники врач сказал ему, чтобы он ждал своей очереди, этого было достаточно, чтобы он тотчас же заснул (там же, в приемной).

Такие явления могут повторяться в течение дня несколько раз.

Причину обморожения такого рода и причины, с которыми оно связано в виде состояния сна, во всяком случае при переживаемых им неприятных эмоциях, вскрыть не удалось.

Применена психотерапия в дремотном состоянии с краткими императивными внушениями: «Волнения не вызывают сна! Этих впечатлительных впечатлений при личных огорчениях больше нет и не будет, на всякого рода неприятности реагируете совершенно спокойно!». Этого было достаточно, чтобы зафиксировавшуюся паркоцепитическую условнорефлекторную реакцию полностью устранить: придя через несколько дней, больной заявил, что припадки сна вследствие разного рода огорчений или неприятностей уже не возникают.

Было проведено еще три подкрепляющих сеанса внушения (также в дремотном состоянии), после чего больной был под наблюдением в течение 5 месяцев, рецидивов не было (наблюдение И. В. Халфина).

Таким образом, превалирование тормозного процесса при слабости раздражительного приводит к легкому возникновению приступов сна в форме обморожения, а также сна словесного возбуждения, оказавшее в дремотном состоянии, привело к устранению приступов нарколепсии, что свидетельствовало об ее функциональном характере.

Приводимые ниже наблюдения характеризуются картиной длительного «истязания» тормозного процесса и его срыва, последствия которых были устранены путем словесного воздействия.

4. Больная О., 32 лет, доставлена родными в поликлинику Красного Креста (Ворожеевград) для консультации и лечения, оставаясь ночевать ее в психиатрическую больницу. Больная дезориентирована, возбуждена, плачет, бормочет: «Что я наделала!». Доставившие ее муж и его родители сообщили, что 2 часа назад, когда их семья готовилась к встрече гостей, в момент, когда с минуты на минуту гости должны были приехать, больная сорвала со стола скатерть вместе с находящейся на ней сервировкой и начала ожесточенно топтать все ногами, кричать, рвать на себе волосы и одежду, при этом перестала узнавать окружающих, выкрикивала непонятные слова. Приглашенный врач-терапевт высказал предположение об остро возникнувшем психозе и предложил направить в психиатрическую больницу.

Больная погружена в легкое гипнотическое состояние и после короткого отдыха в дремоте стала отвечать на вопросы, причем постепенно могла рассказать следующее. 3 года назад вышла замуж, мужа очень любит, как и он ее. Однако родители мужа, а особенно ее свекровь, встретили ее весьма недружелюбно. В дальнейшем они несколько примирились с ней, но недружелюбное отношение свекрови больная постоянно чувствовала, причем, что бы она ни сделала, для свекрови «все было не так». «Своими систематическими замечаниями она меня непрерывно преследовала», — говорила больная. «Я постоянно сдерживала себя (разрядка паша.— К. П.), оставаясь одна, много плакала, мучку об этом ничего не говорила, не жала его расстраивать. Я очень просила мужа достать отдельную квартиру, чтобы не жить со свекровью, но он отказывался это сделать». При частых отъездах мужа в командировку больная, по ее словам, «особенно было тяжело оставаться со свекровью» положение

становилось безвыходным». Вследствие этого у больной начала проявляться крайняя раздражительность, бессонница, полное отсутствие аппетита, апатия. На наш вопрос: «Зачем же вы сдёрнули скатерть?» больная ответила: «Я сама не знаю, как это произошло. Когда мы приготавливали стол и я раскладывала обеденные приборы, я чувствовала себя возбуждённой, вероятно, потому, что свекровь, стоявшая у другого конца стола, все время следила за моей работой. Когда же я ее закончила, она подошла к столу и демонстративно начала переделывать мою работу и перекладывать ножи и вилки, меняя их местами. Мне стало как-то очень обидно, у меня потемнело в глазах и сразу затошнило. Помню, что и вскрикнула и схватилась рукой за скатерть. Что было дальше, не помню».

В данном случае был диагностирован острый срыв тормозного процесса. Проведено семь сеансов психотерапии в дремотном состоянии, давшие положительный эффект. Мужу больной и родителям мужа разъяснен механизм случившегося припадка и объяснено неправильное поведение свекрови. Больная была под наблюдением в течение 7 лет, причем никаких рецидивов и иных нарушений в ее поведении не отмечалось (наблюдение Е. С. Каткова).

В данном случае в результате создавшихся неблагоприятных семейных отношений произошло перенапряжение тормозного процесса (больная постоянно старалась сдерживать себя). Это привело к его срыву, что проявилось в форме истерического припадка с явлениями судорожности сознания и последующей амнезией.

5. Больная П., 28 лет, обратилась с жалобами на навязчивое желание покончить собой, на преследующее ее чувство страха, стремление к одиночеству, на ночные припадки, во время которых ей кажется, что «стены сдвигаются и душат ее ребенка», и то время как ребенка у нее нет и ни когда не было, при этом она задыхается, теряет сознание, ее приводит в чувство, и только под утро она засыпает тревожным сном с кошмарами. Вместе с тем отмечает повышенную раздражительность, потерю аппетита, резкую общую слабость, что заставляет ее лежать в постели, похудание (в течение короткого времени потеряла 16 кг).

Во время анамнестической беседы установлено, что больная росла здоровым ребенком, наследственность без отягощений. Два раза была замужем, но ее стремление создать семью не осуществилось, так как оба замужества были неудачными. Через 2 года после первого замужества разошлась с мужем, так как «были постоянные ссоры из-за разгубленного образа жизни мужа». Второе замужество также оказалось неудачным, алкоголизм мужа доводил ее до попыток самоубийства.

Проведена успокаивающая беседа, в которой дан совет: «Не реагировать на поведение мужа, наладить нормальную семейную жизнь». На протяжении 2 недель проведено шесть сеансов психотерапии во внушенном сне с последующим после каждого сеанса вынужденным глубоким отдыхом. После первого же сеанса улучшился аппетит и ночной сон, а также настроение. В дальнейшем отмечалось ослабление галлюцинаторных явлений, течения к самоубийству, паничности. Появилось желание быть на людях. Последние дни сеанса полностью восстановили здоровье больной, она стала значительно спокойнее относиться к поведению мужа и также приступила к работе. О прошлом, по ее словам, «совсем забыла», а вскоре, покинув мужа-алкоголика, снова вышла замуж. Через 5 лет после психотерапии сообщила нам о своем благополучии, она здорова, бодра и работоспособна, имеет ребенка.

В данном случае имело место хроническое (в течение ряда лет) перенапряжение и срыв тормозного процесса у лица, относящегося, по видимому, к сильному варианту слабого общего типа нервной системы. Причи-

на срыве дыхания и хрипе невыносимой жизненной ситуации. В конечном итоге возникло хроническое невротическое состояние со спорадически проявляющейся и экстраординарными симптомами (галлюцинации, связанные с не существующим у нее ребенком), развившейся на историческому типу — преобладавшем возбуждении из-за донорства при резкой ослабленности тормозного процесса.

Психотерапия устранила патологическую симптоматику и помогла изменить смыслую перипетию деятельности. Сильные и нужные направления

Патологически прочно зафиксировавшееся преобладание тормозного спертивного состояния, с которым врачу также нередко приходится иметь дело и поведенчески и психотерапевтически, претерпевает, точно так же может быть устранено путем соответствующего стимуляционного воздействия, причем и в этом случае может быть достигнуто уравнивание обоих процессов — раздражительного и тормозного.

1. Больная П., 33 лет, доставлена с жалобами на весьма тяжелое подавленное состояние, отмечавшееся у нее в течение последних 5 лет, которое произошло вследствие смерти отца, а затем и двоюродной сестры. Последнее обстоятельство и послужило ближайшим поводом к ее заболеванию, так как сестра умерла у нее на руках. На фоне общего истощения и развившегося депрессивного состояния у больной возникла и зафиксировалась навязчивая мысль о виновности ее в смерти сестры. Появилось состояние галлюцинаций, связанное с преследующей ее картиной последних дней жизни сестры. Вместе с тем развилась боязнь врачей, стала не выносить музыку (сестра любила музыку и играла на рояле), боязнь смерей, боязнь выходить утром на улицу, постоянное угнетенное состояние, сознание ненужности жизни, навязчивая мысль о самоубийстве. Все время носила траурное платье, избегала общества.

Утешения и убеждения окружающих раздражали ее, не достигая цели. От лечения отказывалась, к нам была доставлена родственниками при большом сопротивлении с ее стороны.

Все меры успокоения, разъяснения и убеждения оказывались безрезультатными. Поэтому было принято решение провести психотерапию во внушенном сне.

Первый сеанс внушения во внушенном сне дал, по словам больной, «резкое облегчение на душе и какой-то необыкновенно хорошее самочувствие»: страхов уже не испытывала, после сеанса заявила, что «может вернуться домой без провожатых». В время второго сеанса (через 6 дней), на который пришла самостоятельно, в спокойном состоянии, но все еще с навязчивой мыслью о сестре, заснула быстро и глубоко. После этого сеанса наступило значительное улучшение в всех отношениях. Третьи (и последние) сеансы через 3 дня после второго. На этот раз был применен длительными внушенными советами о внушении «Во всем вашем прежнем тяжелом переживании мы уже отпустили вас не только». Дальнейшее наблюдение показало, что в итоге этих трех сеансов в ее состоянии произошли резкие изменения, поразившие не только ее близких, но и больницу: «Я стала прежней, какой была раньше до заболевания». Уставшее ее все эти годы состояние совершенно исчезло. В последующем писала нам: «Мне так легко, хорошо и свободно, как будто мне сделали какую-то психическую операцию и вырвали все болезненное и страшное». Она сообщила, что в удивительно хорошем состоянии, общается с медицинским персоналом, не замечает наступления сумерек, воспоминания о сестре у нее «уже не вызывают душевной боли». Перестала носить траурное платье. Мучившие ее все эти годы головные боли совершенно исчезли. Под нашим наблюдением была в течение 22 лет. Катамнез оставался положительным: рецидивов не было.

Итак, в данном случае путем словесного воздействия удалось полностью устранить тяжелое и длительное (5 лет) депрессивное состояние. Вместе с тем было полностью устранено такое прочно зафиксировавшееся навязчивое состояние со всей сопровождавшей его симптоматикой и восстановлено в равновесии соотношение основных корковых процессов. Это позволило больную ксе преобразовать в нормальное состояние и привело к установлению ее психического здоровья в жизни и работе по профессии. Как мы видим, в данном случае имела место патологическая инертность тормозного состояния при выраженной слабости корковых клеток, возникшей в результате упадка на кору мозга невосприимчивых для нее раздражений.

В отношении развившихся у больной фобий (боязнь сумерек, боязнь выходить одной на улицу) уместно напомнить известные слова И. П. Павлова о том, что в основе большинства фобий лежит простое продолжение физиологического процесса торможения как выражение слабости корковых клеток¹.

2. Больная З., 26 лет, обратилась с жалобами на тяжелое угнетенное подавленное состояние, потерю интереса к жизни, мысли о самоубийстве, частые смены настроения, кошмарные сновидения, немотивированный плач, вскрикивания во сне, иногда схожеско в сумеречном состоянии. Домашнее хозяйство запустила, перестала ходить на службу. Больная один год, но считает себя нервной и впечатлительной с детства. Замуж вышла по любви в 18 летнем возрасте, была адекватна, работоспособна и в семейной жизни счастлива. На 7-м году замужества произошла измена мужа и развод. У больной остро развилось психотическое угнетенное состояние, сопровождавшееся приступами сумеречного сознания, потерей сна и аппетита. У нее постоянно возникали мысли о бывшем муже и мучительные вопросы: «Что делать, где спасение?» Больная находилась в состоянии постоянной тревоги и отчаяния. Дети остались без внимания и ухода, хозяйство не велось. Угнетенное состояние зафиксировалось и не покидала больную в течение года.

Наблюдательность: мать истеричка, отец был оолон туберкулезом, покончил жизнь самоубийством.

Анамнестическая беседа, соответствующие убеждения и разъяснения положительного результата не дали. В последующих двух сеансах психотерапии удалось получить дремотное состояние средней степени и провести соответствующее словесное внушение, содержавшее которого было все сказанное в предварительной разъяснительной беседе. После вторичного сеанса сразу почувствовала себя лучше: мысли о муже, по ее словам, «как то побледили», ночью спала общее состояние удовлетворительно. Проведено еще три сеанса также в дремотном состоянии с внушениями: «Все пережитое уже не мешает вашему обычному нормальному состоянию, мыслей о муже больше нет, с его отсутствием вы примирились, интерес к жизни у вас восстановился, вернулись самообладание и забота о детях, самочувствие вполне хорошее, ночью сон спокойный!» и т. д. Это полностью восстановило ее интерес к жизни, появилась забота о детях и хозяйстве, самочувствие ее хорошее. После выписки приступила к работе. Оставалась под наблюдением 2 года; рецидива не было (наблюдение З. А. Кориль Левинной).

Как мы видим, у данной больной возникло глубокое нарушение главной первой деятельности, проявившееся в форме астенотического состояния в результате невосприимчивости для данной нервной системы нервной

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 291.

жения корковых процессов. Путем психотерапии с соответствующим содержанием это застойное тормозное состояние было прочно устранено, и, несмотря на наличие патологических изменений, полностью восстановилась нормальная корковая динамика.

Напомним, что, говоря о физиологическом механизме застойного тормозного состояния, И. П. Павлов отмечал, что «...постоянное представление о тормозном эффекте из боязни ли, из интереса или выгоды, сосредоточиваясь повторно и усиливаясь в коре, невольно приобретает истерика, совершенно так же, как и гипнозе следо гипнотизера, вызовет и зафиксировать эти симптомы на продолжительное время, пока, наконец, не последует сильная волна раздражения при каком-либо случае не сможет эти тормозные пункты»¹.

Можно допустить, что роль этой «более сильной волны раздражения» сыграла в данном случае императивность словесного воздействия, явившего прямую патогенетическую направленность.

Как известно, одним из патологических проявлений раздражительного процесса является состояние раздражительной слабости.

Говоря о состоянии нервных клеток коры мозга в условиях «раздражительной слабости», И. П. Павлов отмечал, что в этом состоянии «...клетка делается очень светливой, очень страдательной, отвечает на раздражение, но зато быстро банкротится, быстро слабеет. Мы это состояние называем взрывчатостью»².

Может ли это состояние «взрывчатости», состояние патологической слабости корковых клеток быть устранено путем словесного воздействия на корковую динамику, т. е. воздействия, оказываемого через вторую сигнальную систему?

Повидимому, может, о чем свидетельствуют некоторые факты, взятые из нашей психотерапевтической практики, к рассмотрению которых мы и переходим.

1. К нам обратился больной Ч., 43 лет, с жалобами на крайнюю раздражительность, непереносимость сильных звуков, яркого света, на легко возникающее чувство гнева, во время вспышки которого он неводержан, готов все ломать и бить вокруг себя. После такой вспышки раздражения и необусловленного гнева наступает резкое состояние слабости и вялости. Утром без сна, ночью — малейший шорох и слабый свет раздражают и мешают спать. Настроение угнетенное, резко сниженная работоспособность, полная слабость. Во время работы частые ошибки, оговорки, по временам «не работает рука»: с большим трудом поднимает правую руку.

Такое состояние развивалось постепенно. Перед этим в течение ряда лет больной работал в штабе длительно находился в напряженных условиях фронта. После демобилизации болезненные явления продолжали нарастать, что заставило его обратиться к врачебной помощи.

Объективно: резко выраженное неvroтическое состояние неvroстного типа. Больной эмоционально напряжен, при неожиданном звуке вскакивает со стула; мышцы лица передергиваются, краснеет и весь дрожит. Ожидания на прием к врачу не выдерживает, рассказывая о своих переживаниях, плачет, иногда доходя до рыданий. В неvroлогическом статусе сосудистая лабильность, выраженный тремор, потливость, повышенные коленные рефлексы.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 378.

² Там же, стр. 435.

Применено два сеанса разъяснительной психотерапии и шесть сеансов внушения, проведенных по вынужденному способу с последующим односторонним внушением с помощью гипноза. Таким путем удалось полностью ликвидировать все проявления болезненного состояния: больной стал спокоен, настроеннее, работоспособен и уравновешен. Ночью спит крепко, несмотря на то, что жена в той же комнате при ярком свете работает на пишущей машинке. В кабинете врача спокойно, без слез, рассказывает о пережитом. Под нашим наблюдением был в течение 4 лет, рецидивов не возникло (наблюдение М. И. Каппур).

Таким образом, мы видим, что резкая раздражительная слабость корковых клеток, которую можно охарактеризовать как состояние «взрывчатости», оказалась устраненной. При этом корковая динамика корковым образом изменилась, перестроилась, была приведена в состояние уравновешенности. Все это было осуществлено путем лишь одного словесного вмешательства, произведенного в условиях гипнотического торможения коры мозга.

2. Больной Н., 28 лет, обратился в 1946 г. с жалобами на крайнюю раздражительность, раздражительность, обусловленную, на аффективные припадки с судорожным компонентом и потерей сознания, на трудность засыпания, чуткий, беспокойный сон с тяжелыми сновидениями батального характера. Больной в прошлом был летчиком, в 1943 г. перенес баротравму с потерей сознания, последующей глухотой и немотой, сменившейся на некоторое время ланканием. В 1944 г. получил осколочное ранение в живот, по поводу которого перенес три полостные операции. В 1945 г. демобилизовался и женился.

Невротическое состояние развивалось постепенно, причем полгода назад произошло ухудшение, возник первый припадок, а вместе с припадками развивалась и половая слабость. Непосредственным поводом к возникновению заболевания послужила длительная болезнь его ребенка, приводившая к вынужденным бессонным ночам, а также крупные неприятности по работе. В одну из таких бессонных ночей больной задремал, затем, вдруг, будучи в дремоте, вскочил с постели, схватил из кровати кричащего ребенка и с силой бросил его в угол комнаты. После этого аффекта больной упал, «бился в судорогах». Лечение бромидом и люминалом было безуспешным. Припадки участились, случались дома, на работе и на улице.

Объективно: больной эмоционально лабилен, не выносит ожидания, крайне нетерпелив, плачет, дрожит, умоляет врача «спасти его и сохранить семью».

Шесть сеансов психотерапии, два из которых были проведены в бодрствующем состоянии, а остальные по вынужденному способу, успокоили больного. После первого же сеанса, проведенного в дремотном состоянии, больной стал уравновешеннее, припадки не повторились. Во время 5-го сеанса возникло состояние глубокого вынужденного сна с самостоятельным развившимся сновидением: видел себя спокойно лежащим, а перед его глазами двигались голубые трамваи, голубые машины, голубые троллейбусы и пр. В время этого сна быстро и глубоко заснул также со своим днем, во время которого видел себя лежащим на лугу, а перед его глазами расстилалось голубое небо, голубое озеро, голубые незабудки. Никаких сновидений больному при этом не внушалось.

В период лечения радикально изменилось поведение больного: он терпеливо ожидал очереди в приемной, не вступал в конфликты с больными, стал уравновешен, уверен в выздоровлении, припадки прекратились, наладились взаимоотношения в семье и на работе. По окончании курса психотерапии все симптомы заболевания исчезли и в течение года

не возобновлялись. Но через год в связи с рядом психических травм, причиненных им на протяжении короткого срока (смерть отца, самоубийство сестры, опасное состояние здоровья матери), возник рецидив: наряду с резко выраженным невротическим состоянием снова наступила припадочная потеря сознания. После двух сансов типосуггестивной терапии стал вполне здоровым. В дальнейшем в течение ряда лет оставался работоспособным, хотя и отмечалась повышенная раздражительность и взрывчатость, припадков не было (наблюдение М. И. Кашпур).

В обоих приведенных примерах речь идет о лицах, повидимому (на основании данных анамнеза), принадлежавших к сильному уравновешенному типу нервной системы.

У обоих больных патофизиологическая картина вырисовывается в следующем виде: вначале постепенно развивается слабость активного торможения, проявляющаяся в виде несдержанности, взрывов гнева и пр., к которой в дальнейшем присоединяются (и преобладают в картине болезни) вегетативные симптомы в виде сосудистой лабильности, потливости, нарушения сна, и в дальнейшем наступает перенапряжение раздражительного процесса, при котором легко возникает запредельное торможение, выражающееся в общей слабости, разбитости, стремлении уйти от коллектива от семьи, в нежелании говорить, двигаться и думать. У первого из больных это запредельное торможение выражено особенно ярко в субъективном чувстве «тяжести в правой руке» (больной занимался канцелярской работой, к которой относился отрицательно), что он определяет словами: «рука не работает». У второго больного после бурного возбуждения наступал общий глубокий сон. Таким образом, в первом случае запредельное торможение было выражено локально, во втором — по всей коре мозга.

Авторитет лечебного учреждения, к помощи которого больные прибегли, осознание ими (в результате разъяснения врача) причин, условий и механизмов возникновения заболевания и возможности обратного развития болезненных симптомов, внушенная врачом вера в выздоровление и желание больных скорее выздороветь способствовали наступлению в довольно короткий срок выздоровления.

Таким образом, мы видим, что с помощью психотерапии в обоих случаях удалось ликвидировать результаты перенапряжения и срыва возбуждательного и тормозного процессов, приводивших к явлению раздражительной слабости.

Итак, во всех приведенных случаях (а таких в психотерапевтической практике встречается немало) направленное словесное воздействие приводило к устранению возникших нарушений уравновешенности корковых процессов и к возврату корковой динамики к ее нормальному состоянию.

ГЛАВА IX

ПОДВИЖНОСТЬ ОСНОВНЫХ КОРКОВЫХ ПРОЦЕССОВ

...так как окружающая организм среда постоянно, а часто — сильно и неизбежно колеблется, то оба процесса должны, так сказать, посылать за этим колебанием, т. е. должны обладать высокой подвижностью, способностью быстро, по мере изменения внешних условий, уступать место, давать преимущество одному раздражению перед другим, раздражению перед торможением и обратно.

И И Павлов

Как известно, отмечая различные случаи патологии высшей нервной деятельности, И. И. Павлов подчеркивал, что «... можно сделать общим и раздражительным, и тормозным процессы тем, что мы стремительно, без промежуток, меняем тормозные состояния клетки на раздражительное или, наоборот. Это обыкновенно у нас называется сдвигом раздражительного и тормозного процессов». Дальше он пишет, что «... при сдвигах могут уступить, отойти вперед только клетки с сильными основными нервными процессами и специально с большей подвижностью этих процессов»¹. Возможность переделки условных раздражителей на противоположное значение определяется именно подвижностью нервных процессов. Ну надо сказать, что балансирование раздражительного и тормозного процессов, приуроченных к различным агентам, является трудной задачей для нервной системы и стоит большого напряжения. Некоторые участки коры мозга при этом легко могут оказаться в состоянии взаимного antagonизма противоположных процессов возбуждения и торможения, непосредственно вызываемых соответствующими раздражениями. Эту мысль И. И. Павлов иллюстрирует таким примером из жизни ф. «если я, например, чем-нибудь занят, меня направляет известный раздражительный процесс, и если в это время мне скажут: „сделай то-то“, мне делается неприятно. Это надо значит, что сильный раздражительный процесс, который меня занимал, мне надо затормозить и перейти потом к другому». Таким образом, «...вы переживаете, — говорит он, — сильный раздражительный процесс, а обстоятельства повелительно требуют его затормозить. И это

¹ И. И. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 434.

часто ведет к нарушению нормальной деятельности нервной системы¹.

Скорость смены основных процессов (раздражительного тормозного и, наоборот) имеет свой физиологический предел. В условиях нормальной корковой динамики «... как раздражительный, так и тот или иной процесс... определяют по мере больших полушарий и их тесное движение, скорость которого измеряется не только секундами, но и минутами»². Поэтому, если требования жизни превышают естественную для нервной системы скорость движения данных процессов, то это приводит к срыву нервной деятельности, в основе которого лежит именно «перенапряжение деятельности».

Как нам кажется, приводимые ниже наблюдения могут служить иллюстрацией подобного рода нарушений высшей нервной деятельности и аффективности, возникающих в этих случаях и охарактеризованных.

Больной Т., 40 лет, в апреле 1934 г. госпитализирован с жалобами на приступы плаксивости, тоски, головокружения, боли в конечностях, физическую вялость, общую усталость. Объективно: повышенная потливость, тахикардия (пульс 98 ударов в минуту), дрожание рук, слезотечение Грива, рефлекс сухих жидкие и кожные живые, пониженное питание. Органических нарушений не отмечается. Со стороны психики — повышенная эмоциональность, склонность к слезам при всяком упоминании о пережитых им событиях.

Заболевание возникло в феврале 1934 г., когда, ведя поезд, он попал в крайне опасное положение, угрожавшее крушением двух пассажирских поездов. Почти незамеченная катастрофа была предотвращена только благодаря тому, что он вовремя стал давать тревожные свистки и останавливал движение своего паровоза. После этого случая у него появились приступы плаксивости (20—30 раз в сутки), а через две недели появились приступы плача по несколько раз в день. До поступления в клинику, куда был направлен районным психиатром, лечился амбулаторно, но без результата. До заболевания был здоров, последствия не оставляла, в детстве развивался нормально, работать начал с 15 лет, был на фронте, где был ранен в 1917 г. (ранение в левую руку, перелом бедра, перелом таза). На транспорте работает с 1924 г. (работал смазчиком, слесарем, кондуктором, помощником машиниста и в последние 1½ года — машинистом).

Появлению заболевания было следствием не только крайнего перенапряжения обеих корковых процессов, но и сверхтрудоого для нервной системы требования быстрой смены одного процесса другим. Все это требовало стремительной и напряженной мобилизации, притом в 1—2 секунды, всех наличных ресурсов и энергии, и подпорки.

Проведено семь сеансов психотерапии во внушенном сне, причем внушалось спокойное отношение к пережитому, тем более что не было никаких последствий, уверенность в выздоровлении и в возможности продолжать работу. После 4-го сеанса (через 5 дней после начала лечения) отношение больного к случившемуся изменилось: при упоминании о пережитом оставался спокойным. Результат курса психотерапии вполне положительный; наблюдаемый Т. здоров и работает машинистом. Находясь под наблюдением и течением года, рецидивов не было (наблюдение А. Г. Комаровского)³.

2. Больной С., 26 лет, наследственность неотягощена, конституция крепкая, поступил в стационар психоневрологического диспансера с жалобами на приступы головной боли, неприятные ощущения в спине,

¹ И. П. Павлов, Длительный опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 264—265.

² Там же, стр. 263.

³ Подробнее см. К. И. Платонов, 1941а.

приступы гологолоужения, сопровождающиеся «судорогами во всем теле» без потери сознания. Заболел месяц назад после огромного нервного напряжения, когда ему удалось предупредить столкновение поездов. Из рассказа больного и лечившего его врача мы узнали следующее.

В ночь на 13/IX 1930 г. во время движения поезда, когда наблюдаемый С. работал на паровозе, машинист внезапно стал давать тревожные сигналы и тормозить. Наблюдаемый С. увидел угрожающую опасность: навстречу мчался оторвавшийся от товарного поезда состав вагонов. Поездной бригаде с участием С. удалось предотвратить почти неминуемое крушение, причем все это произошло при крайнем напряжении и огромном волнении. На 2-й день после случившегося, рассказывая о происшедшем, больной вдруг неожиданно застонал, упал без сознания, в судорогах, выкрикивая: «Спасай!», «Закрой клапан!». В таком состоянии больной был доставлен в железнодорожную поликлинику. Судорожные приступы повторялись один за другим, их можно было купировать лишь сильными криками больного. Однако, как только больному предоставлялся самому себе, глаза его вновь устанавливались в одну точку, на лице выражался ужас, после чего опять возникали стон, судороги, полная потеря контакта с окружающим. В изредка наступавшие светлые промежутки больной говорил, что перед его глазами рисуются картины крушения. В таком состоянии он находился всю первую половину дня 14/IX.

Когда наступали светлые промежутки, больной упорно не хотел оставаться в поликлинике, отталкивался от прищепа докарета и стремился домой. Однако восстановления полной ориентировки не было, и во время некоторого улучшения он продолжал находиться в сумеречном состоянии. Наконец, с трудом преодолевая сопротивление больного, его удалось усмирить внаущенном. В состоянии гипнотического сна сделано внушение успокоительного характера, после чего в самочувствии больного наступило улучшение и он был отправлен домой. Однако на следующее утро припадки снова возобновились с той же силой и продолжались в течение 4 суток, несмотря на приемы больших доз бромидов.

На 4-е сутки больной был снова доставлен в поликлинику в таком же тяжелом состоянии, как и в первый раз. На этот раз его удалось сразу глубоко усмирить и внушить ему успокоение, забвение пережитого и длительный сон-отдых. После пробуждения больной был спокоен, вполне ориентировался в окружающем. Выписан в хорошем состоянии. Через 2 дня явился на прием самостоятельно, число припадков уменьшилось (до 3 в день). Был проведен еще один сеанс внушения в глубоком внушенном сне, после чего количество припадков снизилось до одного в 3 дня. Наконец, после 6-го сеанса припадки прекратились совершенно.

В дальнейшем в течение 2 месяцев сеансы гипносуггестивной терапии проводились изредка, причем за это время у него было всего лишь два припадка. Так как припадки все еще повторялись, больной был направлен в стационар, где было сделано соответствующее внушение во внушенном сне: «Спокойно относиться ко всему, что связано с поездками и паровозами». За время пребывания в стационаре было проведено шесть сеансов психотерапии, в результате чего приступы, слабей и становясь реже после каждого сеанса, постепенно прекратились. Из стационара выписан на прежнюю работу помощника машиниста. В дальнейшем выдержал экзамен на машиниста. Находился под наблюдением в течение 3 лет, работал на паровозе (наблюдению А. Г. Константиновом).

Оба приведенных примера чрезвычайно сходны и по травмировавшей психику ситуации, и по механизму срыва, возникшего вследствие острого перенапряжения подвижности оболочечных корковых процессов. Мы намеренно привели оба случая с тем, чтобы показать, что сходная ситуа-

ция приводит к идентичной картине невротического состояния. Психотерапия также привела к идентичным результатам: в обоих случаях имело место полное устранение последствий острого перенапряжения обоих корковых процессов и их подвижности. Психотерапия привела к быстрому восстановлению работоспособности обоих пострадавших лиц.

И. П. Павлов отмечал, что «... трудная встреча, необычное сопоставление в отношении ли времени, или интенсивности, или того и другого вместе, двух противоположных процессов — раздражения и торможения, ведет к длительному нарушению нормального баланса между ними»¹. Если в коре возник сильный раздражительный процесс, а обстоятельства повелевают требовать его затормозить, это «отмывается болезненное» на всей деятельности мозга, нередко приводя к длительному ее нарушению. Приводимые ниже клинические примеры хронического перенапряжения подвижности могут иллюстрировать сказанное и показать эффективность проводимого словесного внушения.

1. Больной К., 23 лет, летчик-испытатель, сделавший 381 полет, многократно премированный и имеющий за два года службы 14 благодарностей. Повидимому, относится к сильному и уравновешенному типу нервной системы (сангвиник), последовательность не отягощена. Однако обстоятельства его жизни и работы сложились крайне неблагоприятно для него. Больной К. был старшим сыном в материально не обеспеченной семье, забота о которой целиком лежала на нем, так как не было матери и отца (семья состояла из 12 человек). Однако из-за условий службы, связанной с частыми вылетами, иногда на длительные сроки, он был лишен возможности быть часто в своей семье. В силу этого, выполняя в крайне напряженных условиях работу летчика-испытателя, он постоянно беспокоился о бытовых нуждах и заботах своей семьи. Столкнувшись с рядом бытовых трудностей, он в то же время не мог освободиться от неотложных забот, о поручаемых ему на службе технически сложных для него, молодого специалиста, заданий. Это было связано не только с необходимостью их тщательного и разностороннего продумывания, но и с проделыванием ряда сложных и ответственных подготовительных проверочных испытаний. В силу этого создались условия постоянного столкновения в коре его мозга двух взаимонесключаемых, притом крайне напряженных, раздражительных процессов, каждый из которых имел доминантный характер.

На почве перенапряжения возникло невротическое состояние, сопровождавшееся крайней раздражительностью, нарушением ночного сна, быстрой утомляемостью, вялостью, забывчивостью, головными болями. За полгода потерял в весе 7 кг. Как на работе, так и в семье, стал груб и несдержан. В 1926 г. по вине больного произошла авария, которая могла кончиться для экипажа самолета гибелью. После этого случая К. решил обратиться к врачу.

Врачебной комиссией назначена психотерапия. Диагноз: невротическая реакция. После курса лечения на почве психотерапии наступило улучшение в душе, нормализовались сон, аппетит, подвижность мышечных элементов, исчезли головные боли. Но зато усилилось чувство самозащиты, т. е. усилилось сопротивление. В дальнейшем больной должен еще систематически во взаимодействии с последующими психическими воздействиями вести свою жизнь. Внушалось: «Пронесено сложнейшее и уверенность в себе к вам перешла; вы попрежнему можете хорошо владеть собой, вы хорошо умеете сосредоточивать свои силы и отлично выполнять поручаемые вам

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1954, стр. 285.

на работе задания. Вы можете обеспечить благополучие своей семьи: одно другому больше не мешает! Лечение вернуло больному его прежнее хорошее самочувствие, силы и уверенность в себе: «Я стал совершенно невзымаем как для товарищей, так и для домашних!» — говорил он. Находился под нашим наблюдением в течение 5 лет. Был здоров и успешно продолжал сложную работу летчика-испытателя.

Как мы видим, в данном случае длительные перенапряженные подвижные спортивные карьеры, прерванные ивело и прыгунтой малозначительности. При этом словесных внушений соответствующего содержания, сделанных в душевном сне, а также последующих сеансов и длительного психического-отдыха это состояние удалось полностью устранить.

Больной К., 49 лет, обратился с жалобой на своеобразное, крайне мучительное состояние, непреодолимо возникающее у него, если он во время чтения лекции неожиданно для себя вдруг обнаруживает присутствие среди слушателей какого-либо совершенно неизвестного ему лица. У него тотчас же начинается усиленное сердцебиение, на дсу выступает пот, возникает состояние растерянности, ход мыслей путается и он «начинает ковылять хорошо известный ему материал лекции», а иногда «оказывается вынужденным прервать ее задолго до окончания».

Больной отмечает, что в течение всей своей жизни он отличался крайней впечатлительностью и тревожным характером. Он указывает, что после заболевания он стал замечать также «непродолжительный панический страх», который начинает охватывать его обычно недели за две до предстоящей первой лекции в каждом новом учебном году. Вследствие этого он испытывает приступы учащенного сердцебиения, плохо ест, плохо спит, мучительно переживая мысль о том, что предстоящая лекция будет читаться им перед неизвестной ему новой аудиторией. В то же время во время чтения самой лекции вполне спокоен (е. о. полный сток в вузе 19 лет), пугает же самая встреча с новой аудиторией. В последующие лекции этого уже не наблюдается: его страх и состояние тревоги после первой лекции быстро бледнеют и исчезают, свой дальнейший курс он ведет уже совершенно спокойно.

Больной обратился к нам с просьбой избавить его от этих «крайне тяжелых и мучительных состояний», так как все это, с каждым годом усиливаясь, вынуждает его прекратить педагогическую работу.

По словам больного, заболевание возникло в 1946 г., после остро пережитого им однажды крайне сильного волнения, когда он во время своей первой лекции в данном учебном году внезапно заметил следящих в аудитории среди слушателей трех незнакомых ему лиц, что-то усиленно записывающих. Это его крайне воодушевило. Ему было известно, что в институте работает проверочная комиссия. Крайняя тревожность и мучительность тотчас же вывели его из равновесия. Продолжая чтение лекции, он в то же время мучительно старался вспомнить: «не сказал ли я что-нибудь не так?». А когда, на короткий момент повернувшись к доске и взглянув на нее, он попытался быстро поспрошиться в своей памяти все сказанное им на этой лекции, у него внезапно появилось легкое головокружение, причем «стал весь мокрый», мысли его «стали разбегаться» и ему стоило огромного труда вновь продолжать лекцию. Во время перекура между лекциями был растерян, его «продолжала мучить мысль, что они наши были».

После 1 объяснительной беседы, раскрывшей больному механизмы возникновения у него функционального нарушения и укрепившей у него веру в ценность предстоящего гипнозотического лечения, было проведено шесть сеансов психотерапии, причем первые два в дремлющем состоянии, а последние — во внушенном сне. Вышло следующее: «Спешит, торопится безразлично и пережитому на лекции, уверенность в себе во всех случаях

лекционной работы, проводимой в присутствии посторонних лиц». Это полностью вернуло больному прежнее самообладание, восстановило его волю и устранило все тревожащие его симптомы. Положительно мы отметили 4 года (наблюдение Е. С. Каткова).

Нам удалось выявить у него, в частности, поведенческие нарушения общего типа нервной системы, и именно эти нарушения являются симптомами функционального расстройства. Однако, если мы рассмотрим его с точки зрения психического, то увидим, что он страдает от того, что называется «фобией», то есть от страха. Это состояние, в котором человек не может справиться с собой, здесь возникли условия для острого перенапряжения нервной системы. В результате этого у него возникли все те же симптомы, которые мы наблюдали у других больных. Таким образом, здесь возникли условия для острого перенапряжения нервной системы, в результате чего у него возникли все те же симптомы, которые мы наблюдали у других больных.

Соответственно направленным терапевтическим словесным воздействием было изменение отношения больного к травмировавшей его психике ситуации и сняты неблагоприятные последствия пережитого им острого перенапряжения подвижности нервных процессов.

Далее мы можем отметить возможность устранения путем соответствующего словесного воздействия патологической инертности как раздражительного, так и тормозного процесса. Как известно, инертность корковых процессов также возникает в результате перенапряжения их подвижности. В случаях патологической инертности тормозного процесса наблюдается, например, при развитии некоторых фобий (навязчивых страхов).

3. Больной Ф., 21 года, обратился с жалобой на боязнь высоты, возникшую у него 2 года назад после того, как, поднимаясь по лестнице на 6-й этаж, он заглянул в пролет лестницы вниз. При этом он тотчас же почувствовал непреодолимое желание броситься в пролет лестницы. От этой ужасной мысли у него возникло учащенное сердцебиение, все тело покрылось потом. Продолжая испытывать пережитое им чувство страха, спустился вниз. С тех пор испытывает страх и при переходе по мосту: его так же тянет броситься с моста вниз.

Отмечает, что с малых лет был мнительным и боязливым. В 7-летнем возрасте боялся один спать на постели, в более старшем возрасте страдал боязнью заболеть разными болезнями и другими навязчивыми мыслями преимущественно гипохондрического характера, а также вялостью, сниженным общим активностью.

Проведена психотерапия в дремотном состоянии, что дало положительный результат. Однако 2 года спустя, в связи с тем, что больной был вынужден переходить по мосту через реку, страх высоты возобновился. После нескольких разъяснительных бесед и императивно сделанных в бодрствующем состоянии внушений ему было предложено тренировать свою нервную систему путем более частых переходов через мосты, а также подъемов на лестницы. После этого весь комплекс фобий исчез, трудоспособность восстановилась, больной успешно окончил техникум.

В данном случае путем словесного воздействия была устранена патологическая инертность тормозного процесса. Таким образом, мы видим, что словесное воздействие помогло изменить отношение больного к той ситуации, которая вызвала у него в прошлом острое перенапряжение подвижности. Все это говорит о том, что путем словесного воздействия можно изменять в известных пределах также и подвижность основных корковых процессов, составляющих, как мы знаем, один из тех важных параметров типа нервной системы.

ГЛАВА X

КОРКОВАЯ СТЕРЕОТИПИЯ

На большие полушария как из внешнего мира, так и из внутренней среды организма непрерывно падают бесчисленные раздражения различного качества и интенсивности. Все это встречается, сталкивается, взаимодействует и, в конце концов, систематизироваться... В окончательном результате получается динамический стереотип, т. е. сглаженный, уравновешенная система внутренних процессов

И. П. Павлов

Переходим к рассмотрению весьма обширного круга явлений, связанных с формированием корковых динамических стереотипов.

В коре мозга в течение повседневной ее деятельности происходит беспрерывное систематическое изменение в выделении возбуждающего и тормозного распределения раздражительных и тормозных состояний, которые при однообразно повторяющейся обстановке фиксируются, совершенствуются все легче и автоматичнее. Таким образом, получается динамический стереотип, поддержка которого требует все меньшей и меньшей затраты нервного труда. Стереотип становится косным, часто трудно изменяемым, трудно поддающимся воздействию новых раздражителей.

Запечатлевая жизненный опыт, корковые динамические стереотипы с годами обычно обнаруживают склонность к прочной фиксации, в силу чего они сохраняются в течение весьма длительного времени. Формируясь в онтогенезе, в условиях повседневного уравновешивания организма и среды, эти стереотипы представляют в известной мере основу человеческой личности, обычно весьма стабильную по форме и динамичную по содержанию.

Наконец, тем же путем возможно для организма существование в состоянии бодрствования или во внешнем сне устранять посылки и мысли, связанные с определенными раздражителями, если он уже не отвечает внешним условиям, и, наконец, содействовать формированию нового динамического стереотипа в соответствии с новыми условиями.

Ответ на эти вопросы, несомненно, имеет не только большой теоретический интерес, но и важное значение для лечебной медицины.

Итак, если динамический стереотип, т. е. «связанная уравниловная система внутренних процессов», оказался хорошо зафиксированным, то отмена его и выработка нового стереотипа представляет для нервной системы трудную задачу, которая ведет к полному временному параличу у той профессии, для которой он создан. Как показали эксперименты И. П. Павлова на собаках, задача настолько трудна, что выдержать испытание мог только сильный нервный тип.

Может ли на помощь больному прийти в таком случае «впущающее слово» врача в виде психотерапии соответствующего содержания?

На этот вопрос могут дать ответ следующие примеры, взятые из полной амбулаторной и клинической психотерапевтической практики. Начнем с иллюстрации устранения внешнего последствия ломки динамического стереотипа.

1. Больной З., 62 лет, обратился к нам с жалобами на возникшую у него 3 года назад боязнь выходить на сцену и забыть текст исполняемой роли. Такая забывчивость во время игры на сцене, действительно, неоднократно возникавшая, породила у него чувство неуверенности в себе, сопровождавшееся «внутренней дрожью» и навязчивой мыслью во время исполнения роли: «вот сейчас забуду!» Все это происходило только в определенных местах второй и четвертой картины одной и той же пьесы в роли, исполнявшейся им до того около 600 раз с неизменным успехом, без какой-либо забывчивости или колебания. Вначале, по словам больного, все это происходило так: «Вдруг выпадает текст, а я не могу его схватить, в мозгу после последней реплики — полный провал». Теперь несколько иначе: «Текст выпадает, но я уже могу заполнить это место своими словами». Однако в день спектакля уже с утра «преследует неотступная мысль о возможности забыть текст».

Причина возникновения такого состояния была установлена в результате обследования, которое показало, что в течение последних 10 лет у больного З. неоднократно возникали случаи забывчивости во время исполнения роли, что вызвало у него бурные переживания. Поэтому необходимая переделка исполняемой им роли была выполнена с большим трудом. После этого и начались выпадения реплик в тех именно местах текста, где шла речь о новом их толковании. Первый такой «провал» текста его сильно возмущал и смущал: уже во время самого исполнения роли «спили» ударило в голову, почувствовал прилив жара к голове и выступил пот. В следующие 3 дня исполнение той же самой роли произошло «с такими же точно выпадениями текста, в тех же местах пьесы». В дальнейшем это явление стало возникать не при каждом исполнении этой роли. Но за последний год оно вновь стало повторяться особенно часто, что и вынудило больного обратиться к врачу. В амбулаторных условиях было проведено шесть сеансов мотивированного внушения в дремотном состоянии. Это дало положительный результат: неуверенность в себе и навязчивые мысли исчезли, с исполнением роли в трудных для него местах стал справляться успешно, без «провала» реплик.

Как известно, И. П. Павлов отмечал, что включение новых раздражителей, особенно «сразу в большом количестве», и, следовательно, перестановка местами многих старых раздражителей «есть большой не привычный процесс, труд, для многих нервных систем непосильный, кончающийся банкротством системы и выражающийся отказом на некоторое время от нормальной деловой работы» в то время как «колебания в установленных границах этой системы — относительно легкое дело»¹.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (основания) животных, Медгиз, 1954, стр. 318.

Приведенный выше пример представляет именно такой случай «банкротства принципа системы», происшедший вследствие ломки старого динамического стереотипа. Напомним, что данная роль исполнялась больным, до ее ломки, около 650 раз т. е. стереотип был чрезвычайно прочно зафиксированным.

2. Больная III., 28 лет, обратилась с жалобами на угнетенное состояние, частые обмороки, иногда реактивные судорожные припадки с потерей сознания, на расстройстве сна, потерю трудоспособности и интереса к жизни, слезливость. Ранее считала себя вполне здоровой, была работоспособна, уравновешена, отличалась твердым характером. Наследственность не отягощена. Руководила в течение нескольких лет в крупном комбинате работой большой группы бухгалтеров.

Заболела 6 месяцев назад после внезапной трагической смерти мужа, с которым прожила 8 лет и которого, по ее словам, «безумно любила». В течение 6 месяцев у нее появились галлюцинации: оставаясь в комнате одна, видит мужа, слышит его голос, беседует с его портретом. Галлюцинации такого же содержания, все время продолжает видеть мужа во сне. Иногда все это сопровождается истерическими рыданиями, заканчивающимися судорожными приступами с потерей сознания.

Длительное пребывание в санатории и лечение не дали эффекта, так же как и курс электротерапии. Попрежнему продолжают галлюцинации, разговоры с портретом мужа, бессонница. Диагноз: реактивный истероидный психоз.

В дальнейшем была применена психотерапия. Больная оказалась хорошо гипнотизуема, на протяжении 3 недель в амбулаторных условиях проведено восемь сеансов психотерапии во внушенном сне с последующими односторонними сеансами внушенного отдыха во внушенном сне. Отмечено, что после каждого сеанса патологические симптомы ослабевают, а после 5-го сеанса исчезли совершенно. Тем не менее было проведено еще три дополнительных сеанса, после чего самочувствие больной стало хорошим, она начала работать, в то время как со дня смерти мужа была на инвалидности.

Через 4 года сообщила, что все это время чувствует себя хорошо, вполне уравновешена, работает (бухгалтером расчетной части), попрежнему руководит группой бухгалтеров, умеет себя сдерживать, отмечает, что «всели окрепла». Еще через 5 лет, являясь в диспансер, сообщила о «полном благополучии и здоровье» и о том, что «стойко перенесла трудности вынуждения». Как мы видим, здесь у человека, относящегося, вне сомнения, к сильному и уравновешенному типу нервной системы произошла ломка, прочно зафиксированного в течение ряда лет динамического стереотипа, обусловленная внезапной утратой близкого человека.

Именно такого рода случаи и имел в виду Н. П. Павлов, говоря: «... мне кажется, что часто тяжелые чувства при изменении обычного образа жизни, при прекращении привычных занятий, при потере близких людей, не говоря уже об умственных кризисах и ломке переломов, имеют свое физиологическое основание в значительной степени именно в изменении, в нарушении старого динамического стереотипа и в трудностях установок нового»¹. В другом месте он отмечает, что «... отдельные истерические реакции как общифизиологические при крайне сильных раздражениях, при чрезвычайных ударах жизни, должны встречаться и у более или менее сильных типов...»².

¹ И. П. Павлов, Избранные сочинения, 1941, т. 1, стр. 380, в связи с принципом деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 38.

² Там же, стр. 383.

В данном случае психотерапия (восемь сеансов в состоянии внутреннего сна с последующими одночасовыми сеансами выуженного отдыха с применением «защитного» переживания после утраты привычного отношения к ней устранила последствия ломки прежнего речевого и создала условия для нормального отношения к новым условиям жизни и выработки новых динамических стереотипов.

Итак, сложившийся и упрочившийся, т. е. сделавшийся привычным, уклад жизни со временем фиксируется настолько, что нередко человек может изменять его лишь с большим трудом. В силу этого может создаться положение, при котором необходима соответствующая психотерапевтическая помощь. Приводимые ниже примеры показывают, в какой мере словесное внушение может помочь снятию такого упрочившегося «защитного» динамического стереотипа.

1. Больная С., 27 лет, обратилась к нам с жалобами на снижение интереса к жизни, тревожное состояние, тошноту, потерю аппетита, нарушение сна. Поводом к этому послужило то обстоятельство, что в течение последних недель она стала замечать охлаждение к ней человека, которого сильно любила и с которым, по ее словам, «два года прожила душа в душу». Оставшееся у нее неизменным большое чувство и сильная привязанность к нему заставили ее сильно страдать. Тем не менее на самолюбия С. решилась на полный разрыв с ним, причем «разум говорило одно, а чувство — другое». Вследствие этого невротическое состояние углублялось и она обратилась за помощью к врачу.

Рассказав о создавшемся положении, она призналась, что шла к нам с весьма малой надеждой на получение облегчения: казалось невозможным вырвать то сильное чувство привязанности и любви, во власти которого находилась около двух лет. Первый сеанс психотерапии, проведенный нами в дремотном состоянии, ею описывается так: «Я не спала, но чувствовала как-то принятую тяжесть по всем телу. Отяжелели веки, руки и ноги, но мысли мои работали и я слышала все, что мне внушалось». Тем не менее, пройдя за следующие дни на втором сеансе, она заявила, что «ввиду усиленного сна наступило обидное ощущение и вполне явное ощущение облегчения» — стала ночью хорошо, мысли о нем хотя и были, но уже ее не тревожили, и она «наперло утром юзала без принуждения».

Во время второго сеанса больная также испытывала полное душевное и телесное спокойствие, причем после сеанса в течение всего дня спокойствие сохранялось, и даже к неоднократным встречам с ним на службу относилась без всякого волнения. Вынужденных мыслей о прошлом уже не было. Несколькоими днями позже было введено еще два сеанса, причем во время 3-го сеанса больная испытывала то же состояние приятного отдыха, а после 4-го сеанса больная сообщила нам, что, несмотря на ежедневные встречи с ним на службе, он это «совсем не волнует», а в его отсутствие «мысли о нем совершенно не приходят в голову».

Дальше произошел следующий эпизод: ее перевели на работу в ту комнату, в которой работал и он. К своему удивлению, она на это никак не реагировала: «Вот уже 3-й день я работаю с ним в одной комнате совершенно спокойно, будто я его никогда не любила».

Неделю спустя был проведен 5-й, последний, сеанс. Уходя, больная сообщила, что «сохраняет полное спокойствие, полностью работоспособна, вполне уверена в себе», что эти пять сеансов дали ей то, к чему она стремилась (наблюдение Н. Н. Мураховской).

2. Больная С., 31 года, являлась в сопровождении мужа с жалобами на тревожно-угнетенное состояние, боясь оставаться одной дома, отсутствие интереса к окружающему. Стала мнительной, испытывала навязчивый страх умереть ночью от паралича сердца («уснуть и не проснуться»).

В дальнейшем страх смерти сменился боязнью осесть уми. «ощущаю давление в области глаза». Последние 3 месяца боится сойти с ума, что порождено ощущением давления в области темени. Отмечается расстройство сна, отсутствие аппетита. За последние 3 месяцев потеряла в весе 15 кг (до заболевания весила 92 кг). Начало заболевания относят к тому времени, когда 9 месяцев назад переехала со своей семьей из города, в котором родилась и прожила всю свою жизнь, в другой город (в связи с переводом мужа). Переезд восприняла как «большое и сложное событие, сломавшее ее жизнь». В течение 9 месяцев не может привыкнуть к жизни на новом месте и с прошедшей, воспринимаемой для нее ломкой бытовых условий. До заболевания (с ее слов и слов мужа) была вполне здорова, активна, бодра и жизнерадостна. Наследственность не отягощена.

Проведено несколько сеансов словесного внушения (первые сеансы — в бодрствующем состоянии, последние — в состоянии внушаемого сна), полностью устранившего весь сложный патологический синдром: новое место жительства уже не стало ей казаться «неприятным» и «чуждым», стала обзаводиться хозяйством, забыла все свои страхи. Катамнез положительный 2 года.

Таким образом, и в данном случае имелаась картина прочно зафиксировавшегося динамического стереотипа, связанного с привычной жизненной ситуацией, от последствий ломки которого первая система больной, характеризующаяся инертностью первых процессов, самостоятельно освободиться не могла. Это привело к возникновению сложного непротивного патологического синдрома.

Отмечая, что корковая стереотипия при определенных условиях приобретает значительную устойчивость, И. П. Павлов приводит случаи, когда один из студентов, обнаружил, что избранный им специалист не отвечает сложившимся у него жизненным интересам, впал в состояние глубокой меланхолии, вплоть до настоящих попыток к самоубийству. Был избавлен от этого состояния благодаря энергичному содействию двух его товарищей, почти насильно заставивших его переменить специальность, после чего его настроение стало заметно измениться, поправиться и, наконец, он пришел в полную форму. Найдя в этой новой специальности предмет своих исканий, он в дальнейшем, по свидетельству И. П. Павлова, всю свою жизнь остался нормальным.

Д. М. Гастев (Ленинградская клиника неврозов имени И. П. Павлова, 1938) приводит ряд наблюдений, когда рациональная психотерапия в виде разъяснения в бодрствующем состоянии больного сущности переживаемых им явлений привела к успеху. Последние были обусловлены несоответствием между изменившейся средой и корковым динамическим стереотипом самого больного.

Итак, на основе всего изложенного мы можем прийти к выводу, что при непротивных заболеваниях, обусловленных нарушениями корковой динамической стереотипии, существенное значение принадлежит психотерапии. Она может быть применена в виде рациональной психотерапии (наблюдения Д. М. Гастева) или же в виде суггестивной терапии во внушенном сне. Как показывает опыт, последнее необходимо в тех случаях, когда психотерапия в бодрствующем состоянии эффекта не дает.

Следует отметить, что вполне словом в наших случаях оказывается патогенетически вполне правильным: оно утратило патологически прочно зафиксировавшиеся динамические стереотипы, утратившие свою социальную значимость, открывая тем самым возможность образования новых корковых динамических структур.

ГЛАВА XI

СЛЕДОВЫЕ ПРОЦЕССЫ В КОРЕ МОЗГА

Что наше исследование имевшей нервной деятельности идет по верному пути, что мы точно констатируем явления, ее составляющие, и что мы правильно анализируем ее механизмы, — самым ярким образом доказывается тем, что мы теперь можем во многих случаях функционально воспроизводить с большой точностью троичные патологические ее состояния и вместе с тем потом, по желанию, восста-навливать норму.

И. П. Павлов.

Кора головного мозга, осуществляя аналитико-синтетическую деятельность, закрепляет временную последовательность всех протекающих в ней процессов, сохраняя возможность воспроизводить их и дальнейшем, при соответствующих условиях. На этой именно основе и осуществляется, как известно, функция памяти — процессы запоминания и воспоминания всего происшедшего в прошлом в их прямой последовательности и связи.

Эта особенность коры головного мозга свидетельствует о том, что вся вышняя нервная деятельность проникнута принципом историчности, представляющим основную характерную черту всей павловской рефлекторной теории.

При этом, как отмечает К. М. Быков (1947а), «... фиксирование корой мозга последовательности события имеет огромное значение для жизни организма, ибо позволяет при определенных обстоятельствах повторить имевшую место в прошлом цепь событий (разрядка наша — И. П.)»

Путем словесного воздействия, примененного во внушаемом свете такого рода воспроизведение элементов прошлого опыта коры мозга оказывается вполне осуществимым.

Всем знакомым в литературе по гипнозу и внушению известно, что гипнабельным взрослому человеку, находящемуся в состоянии внушаемости, достаточно сделать внушение, состоящее в следующем: «Вам 6 лет, помните, что вы после пробуждения все будете водить в медвежьи лапы все особенности, присущие вашему возрасту». После этого внушения распространяется на все остальные члены тела, которые постепенно становятся как с другой стороны, до

эмоций, отношению к окружающему, так и к интонациям его голоса, характеру речи, почерку, рисунков и других проявлений поведения.

Вполне естественно, что при наблюдении такого рода явлений всегда возникал вопрос: что это за воспроизведение, действительно оно или же искусственное?

Доказательства возможности оживления прошлого опыта человека в различном возрасте и во всех подробностях мы видим в основных законах, востановивших физиология высшей нервной деятельности. Как известно, согласно учению И. П. Павлова, кора мозга представляет мозаичную картину возбужденных и заторможенных участков, динамических структур, находящихся в большей или меньшей готовности к деятельности. В этих условиях всякое действующее на кору раздражение, связанное со следами прежних раздражений, может оживлять огромный комплекс ценных рефлексов, с которыми в прошлом оно было как-либо связано. Особую активность в этом отношении может получать именно сложная раздражитель, могущая вызывать к жизни самые разнообразные и сложные реакции. Как хорошо известно и эмпирически доказано, одно слово нередко вызывает очень много воспоминаний.

На основании этих соображений и экспериментальных данных мы можем утверждать, что при впадении прошлого возраста может происходить действительно репродуктивное воссоздание прежних динамических структур, относящихся к соответствующему, более раннему периоду жизни. Это может происходить наиболее легко именно в условиях искусственного сна, с остающимся незаторможенным одним ограниченным бодрствующим участком (зона рапнорта). При этих условиях мы имеем возможность наблюдать действительность коры мозга, оживляя в нем нужные нам динамические структуры.

Ряд исследований в этом направлении был проведен нами (К. Н. Платонов и Е. А. Приходькин) в 1930 г. В нашу задачу входило осветить лежащие в основе этих явлений физиологические механизмы в соответствии с учением И. П. Павлова. Несколько позднее аналогичные исследования, но с более глубоким анализом были проведены А. О. Долгим (1933), а также Ф. И. Милорониным и М. М. Сулковой (1947, 1951). Как отмечает А. Г. Илларионов (Молчанкин (1952)), путем искусственного, контролируемого человека на определенных возрастных этапах протекшего им жизненного пути, изучается «запечатлен» путь в мозговой код индивидуальным опытом личности.

Данные этих исследований говорят о том, что легче воспринимается возрастное состояние, пережитое исследуемым в недавние годы, а труднее — относящееся к более отдаленному периоду его жизни. Таким образом, многие исследования свидетельствуют о восстановлении целостных корковых динамических структур, относящихся к отдельным возрастам, со всеми их особенностями.

Следует отметить, что внушение в форме: «Вам столько-то лет!» является методически неприемлемым. Таким путем можно может быть вызван отрыв корковой деятельности от действительности (что как известно, является недопустимым).

Вместо этого, например, при внушении 20-летнему, что ему 40 лет) Поэтому при таких исследованиях мы предпочитаем называть не возраст, а конкретную дату, с которой у исследуемого были связаны в прошлом те или иные переживания. Такой методический прием способствует направлению корковой деятельности исследуемого на путь воспроизведения прошлого динамических структур, препятствуя развитию условнорефлекторной деятельности по элементарному механизму подражания.

Нет сомнения в том, что состояние искусственного сна, при котором создается достаточно глубокая расторможенность коры мозга на отдел сна

и бодрствования, действительно, облегчает восприятие дел и следов прошлого, направляемое соответствующими внужениями словом. К этому в основном и сводится, по мнению Ф. И. Мано-тэва и М. М. Сусловой, первый механизм так называемого переноса ло-... и гипноза.

Произведенные нами и рядом авторов наблюдения над больными с затупением пережитых ими различных возрастных состояний помогли нам впервые (1923а) познакомиться с возможностью репродукции жизни типичных патологических синдромов у одного из наших больных. Нужно заметить, что мы исходим из предположения о динамической природе т-прозов, так же как и самих истерических явлений. Переходим к нашим наблюдениям.

1. Больной Ш., 35 лет, страдал экзальтированными припадками, сонотупившимися потерей сознания и стойким правосторонним гиперкинезом, вклинившим и зафиксировавшимися после тяжелой кокагулы. Гиперкинез выражался в форме ритмических клонических судорожных подергиваний, правых конечностей (первый и второй), при более ярко выраженных сокращениях мышц лица и правой руки, продолжавшихся в течение 4 лет. Больной оказался хорошо интеллигентным, и его в свое время удалось очень быстро набавить от этих патологических состояний.

Несколькими месяцами позже, когда он был уже вполне здоров, мы достигали состояния компенсации коры мозга, а также проверяли степень стойкости закрепившихся у него эффектов психотерапии, путем соответствующего внушения во внушенном сне мы перенесли его в прошедшие годы жизни. Вышеуказанного возраста реализовалось очень хорошо. Перед ним, таким образом, на года в год, мы доп. и в периоды его болезненных состояний. У него возникла картина яростного патологического синдрома с ярко выраженным гиперкинезом, с соответствующей мимикой, обильным испугом обильным и всем поведением перед нами был прежний больной.

В дальнейшем, вызывая косвенным внушением такое репродуктивное патологическое состояние, мы убедились, что длительность его могла быть различной: от нескольких минут до нескольких часов. Нам удалось удлиннить констатировать наличие всех прежних патологических симптомов, вплоть до одностороннего отсутствия всех видов поверхностности и глубокой чувствительности. После снятия этого состояния (путем соответствующего обратного внушения во внушенном сне) весь этот синдром исчезал, не оставляя на самознании после выхода из гипноза.

Позднее еще одно повторное наблюдение было нами произведено при случайной встрече с ним через 9 лет после его выздоровления: приведя его в гипнотическое состояние, мы внушили ему: «Сегодня день твоего первого обращения к нам, и ты должен...»
Так же путем соответствующего словесного внушения весь синдром был нами снова устранен.

Следует подчеркнуть, что воспроизведение патологического синдрома комплекса во всех случаях осуществлялось не путем прямого внушения, а косвенным путем, плавающим той даты, когда начался заблуждение.

Мы решили провести аналогичные наблюдения и на другом нашем больном, история болезни которого приводится ниже. У него в гипнозе наблюдалась сомнамбулическая физика. Он быстро засыпал после однократной словесной инструкции: «Спать!» и во внушенном сне на внушения соответствующего содержания давал очень живые реакции. У него также легко удавалось воспроизведение возраста в сторону детства,

а также реакции со стороны мышечного толуса желудка на внутренние стимулы.

2. Больной Р., 37 лет, явился 20/XII 1929 г. в состоянии повышенной раздражительности, причем по ничтожному поводу был аффективен, груб и агрессивен, требуя немедленного приема. Ходил, опираясь на палку походки маяжечково-атактического типа. В первые дни пребывания в стационаре настроение подавленное, угрюм, молчалив, на окружающих не обращает внимания, ходит с потупленным блуждающим взором, с неслышным скрежетом зубов и подергиванием мышц правой половины лица, шеи и надплечья. С другими больными в контакт не входит. Малейший стук или шум вызывает у него вздрагивание, общее раздражение, плач, переходящий в рыдание. Продолжает жалобы на тяжелое состояние внутренней тревоги и тоски. Исследованиям недоступен, при легком прикосновении к нему у него появляется общее дрожание. На вопросы не отвечает или отвечает грубо, прося «отстать» от него, так как «и так тяжело». Произвести соматическое исследование не представлялось возможным, попытки исследовать рефлексы и болевую чувствительность вызвали ряд общих двигательных защитных реакций с выражением испуга на лице и со слезами на глазах. Если же удавалось нанести удар молоточком по коленной связке или нанести укол, то появлялась разлитая двигательная реакция, плач, гиперидроз на лице и шее, учащение пульса. При попытке собрать анамнез и познакомиться с прошлым слова «крушение», «бездна» и т. п. вызывали слезы, судорожные подергивания лицевых мышц. Настроен враждебно против врачей и вообще против медицины, не помогавшей ему выздороветь. В течение ближайших 3—4 дней отмечен плохой сон (1—2 часа в течение ночи), зрительные галлюцинации, воспринимавшиеся перепесенные в прошлом психические травмы. Больной пытался затянуть шею полотенцем, наблюдался в короткие приступы дезориентированности: ему казалось, что он находится в тюрьме, причем проявлялось настоящее желание уйти из стационара. Иногда, теряя контакт с окружающим, видел перед собой зимние пейзажи и стремился идти туда. Однако при попытке подняться с места, что бы идти, тотчас же приходил в себя. Когда наступал период относительного спокойствия, больной мог отвечать на некоторые вопросы. Тогда от него удавалось получить отрывочные сведения, он обнаруживал правильную ориентировку во времени и месте. Жаловался на тяжесть своего состояния, на тоску и приступы влечения к самоубийству и просил прятать от него полотенце, пояс, и т. п. Считал себя больным, выражал желание выздороветь, но отмечал, что «вот уже несколько лет мне все хуже и хуже» (рис. 58).

Принимая во внимание истерический характер всего синдрома, мы решили прибегнуть к гипносу гипнотической терапией как вспомогательному средству для успокоения нервно-психической сферы. Попытка усыпить больного внутривенным уходом оказалась безуспешной. Через несколько минут бодрости и активности характера и был дан 15 минутный гипноз. В течение гипноза больной сообщил о гнетущем состоянии и желании, и вопрос о переводе его в психиатрическую больницу упал. По мере улучшения его состояния удалось, наконец, собрать сведения о прошлом.

В 1918 г. он был арестован петлюровцами и в 1919 г. был под угрозой расстрела, после чего возникла повышенная раздражительность. В 1922 г. в течение одного месяца перенес смерть жены и двоих детей. В 1923 г. было крушение поезда на станции, где он работал (с 1922 г. он занимал должность помощника начальника станции), усилилась перевозность. В 1924 г. был очевидцем одного железнодорожного крушения, в 1925 г. развилось

1934.

40 12 7 0 17 6

Гипноз, гипнотизация

2. *Encephalartos* sp. from Graham's Harbour. 3
Encephalartos f. *laureoligatus* from the
 same place. *Encephalartos* *frankii* f. *frankii*
 from the same place. *Encephalartos* *frankii* f. *frankii*

ප්‍රවේශයට පිවිසීමට 01.06.2020 දින 7 ක්

Результаты и выводы

શામલગુણના સમગ્ર ગુણ
પ્રમાણના સમગ્ર પ્રમાણ

Kommission für Europa
Brüssel, 19. 11. 1958

с п. Виздоровича
в связи с безуспешностью лечения

6. На угнетенной таракане. Поведение крылатой обозначает ухудшение в состоянии больного.

явно выраженное неврастеническое состояние, лечился в Севастопольском институте физических методов лечения, после чего здоровье восстановилось полностью. В 1926 г. после цыгой психической травмы снова возникла раздражительность, склонность к плачу. Получил курс гидро-терапии, давший небольшое улучшение. В июле 1927 г. перенес удар молнии с потерей сознания. Развилась раздражительность, недоверие к окружающим. В июле того же года во время разговора по телефону вблизи произошел разряд молнии, что привело к усилению невротического состояния. Снова лечился в течение месяца в том же Институте физических методов лечения. Улучшение небольшое. В 1928 г. часто страдал бессонницей, понаты, с интересом к работе, к которому до сих пор всегда относился ревностно. Развилось угнетенное состояние, приступы тоски. В августе снова лечился в санатории при Сеченовском институте физических методов лечения. Находился в состоянии депрессии, постоянная тоска, держался угнетенно, все его раздражало. Возвратился к работе в том же состоянии. Здоровье все ухудшалось: кроме нарушения сна, стали появляться галлюцинации — похороны жены и детей, зимние пейзажи, крушение. Состояние здоровья все ухудшалось, стали появляться параноидные элементы. В августе 1929 г. перенес равнение головы, в бессознательном состоянии доставлен в больницу. 27 III возник судорожный припадок с потерей сознания. 13/IX — такой же припадок во время работы, после чего не работает. Участились галлюцинации, появились дрожание рук и всего тела, неустойчивость, мог ходить только с палкой, постоянное ощущение колебания почвы под ногами. Тревожное состояние, мысли о самоубийстве, повышенная истощаемость, частые позывы на мочеиспускание. Потерял способность владеть собой, раздражителен до агрессивности. Переведен на инвалидность. Раздражительность поддерживалась сознанием безрезультатности медицинской помощи.

В дальнейшем было проведено шесть сеансов психотерапии. С каждым днем здоровье восстанавливалось и через месяц, 20/I 1930 г., был выписан на работу. На рис. 58 приложена схема развития его заболевания.

У данного больного был тяжелый, прогрессивно развившийся психоз истерического типа с полиморфным психотическим и невротическим синдромом.

Через год, 20/II 1931 г., когда Р. случайно приехал по делам службы, нас заинтересовал вопрос о возможности воспроизведения у него следов прошлого патологического состояния. Учитывая наши прежние наблюдения, относящиеся к воспроизведению прошлых возрастных состояний, а также наши прежние исследования, касающиеся больного III, мы вправе были ожидать успеха и в данном случае.

Получив согласие Р. на это и приводя его в состояние внешнего сна, мы сделали лишь следующую словесную инструкцию: «Сегодня 2 декабря 1926 г. давай галлюцинации». При этом в разговоре с ним мы сознательно совершенно не касались его прошлой патологической симптоматики. Р. проснулся я, действительно, мы увидели перед собой прежнего больного: выражающее лица тревожно-угнетенное, со страхом озирался по сторонам, на вопросы отвечал неохотно, раздражен. Попытка исследовать чувствительность и рефлексом вызывали знакомую двигательную реакцию, скрипит зубами и те же мышечные подергивания лица (рис. 59). Пальцы ухватились, на лице выступил пот, на глазах показались слезы. После прекращения попыток исследовать его, успокоился. На предложение лечь и идти в палату стал оглядываться по сторонам, на палату, без которой он тогда не мог ходить. При попытке расспросить его о причинах заболевания и при напоминании о поездах и крушениях сначала от-

чал раздраженно и бесцельно, потом стал все более и более раздражаться и, наконец, разрыдался. Словесной инструкцией: «Спать!» был быстро усыплен, и после чего ему было сделано внушение обратного характера: «Сейчас 20 февраля 1931 г. проснитесь!». Он проснулся с хорошим самочувствием и не помнит содержания сеанса.

Чтобы иметь уверенность в отсутствии намеренной имитации, мы предложили ему в бодрствующем состоянии произвольно представить нам патологические симптомы, бывшие у него в соответствующие дни. Он этого сделать не мог, но мог также, по нашей просьбе, воспроизвести скрижет зубами.



Рис. 59. Больной Р

а - вперев; б - реакция на попытку сделать укол булавкой после седативного во время гипноза. После этого внушения он проснулся с хорошим самочувствием.

Далее нас интересовало состояние Р в 1928 г. в близости его к стационару при Сеченовском институте, где он находился в тревожно угнетенном состоянии депрессии. Больной был усыплен, после чего мы сделали следующее словесное внушение: «Сейчас 1928 г., вы в Сеченовском институте, проснитесь!». Он проснулся, и вся его поза и выражение лица отражали его угнетенное состояние: грустно-задумчивое, страдальческое выражение лица, неподвижная поза. Стал ломать руки, тяжело вздыхать, по лицу текли слезы. На вопрос «Что с вами, почему такая грусть?» ответил: «Ох, тяжело» и разрыдался (рис. 60, а и б).

Случайно присутствовавший на одном из сеансов гипноза врач Б. (из Сеченовского института, наблюдавший Р. в 1928 г.) подтвердил сходство состояния больного. Изменения в поведении Р. наступили также после словесной инструкции: «Сейчас 1927 г., проснитесь!» (в этом году у больного постоянно проявлялось подозрительное отношение к сотрудникам и подчиненным и недоверие к ним.). Манера разговаривать и мимические реакции отражали это «параноидное» состояние. Аналогичные наблюдения были сделаны в декабре 1933 г.

Картины этих состояний можно было воспроизводить повторно, они демонстрировались нами на конференциях врачей Укривинского психоневрологического института и Центральной поликлиники Наркомздрава. Нужны были только как и при предыдущем сеансе, эти репродукции не оказали влияния на состояние здоровья Р. и не мешали выполнению им работы по лечению Р. и других больных. Мы должны были только отметить, что Р. пережил наводнение, крушение дрезины и надежде о ушибе головы (во время поездки по расследованию причины крушения поезда).

Больной оказался хорошо гипнабильным. В лаборатории клиники в присутствии жены больного путем внушения во внушенном сне был вызван с диагностической целью описанный выше припадок. Для этого достаточно было сделать словесное внушение о наличии ауры (головокружение); тотчас же после этого развился припадок, начавшийся с крика, поблуждения, а затем спазма лица тонических и клонических судорог, отсутствия аричковой реакции на свет. Припадок прекратился внушением противоположного характера. По словам жены больного, картина припадка оказалась весьма сходной с его обычными припадками.

О возможности возникновения эпилептических припадков по механизму условного рефлекса говорят также наблюдения В. М. Бехтерева (1922): «... иногда даже появление самих приступов наступает, — говорит он, — подобно сочетательному рефлексу».

Таким образом, в свете учения И. П. Павлова эти факты получают свое удовлетворительное объяснение. Проведенные А. О. Долиным (1938—1948) экспериментальные исследования условнорефлекторной камфорной эпилепсии у животных дают основание предположить возможность вызывания путем словесного внушения во внушенном сне не только истерических синдромов, но и более сложных патологических состояний, каким является эпилептический припадок у человека.

М. П. Пинкис (1934) упоминает об одном оперирующем артисте, у которого эпилептические припадки возникали по механизму временной связи (исполнение в условиях сильного эмоционального возбуждения определенной оперной арии).

В области дерматологии интересны результаты путем внушения имевшихся в прошлом кожных заболеваний описаны А. П. Каптышевским (1942). Таким путем ему удавалось как приостановить появление дерматоза, так и вызвать подобные дерматозы со всеми сопутствующими явлениями (вектор кожной сыпи) в заранее названный и после гипнотического момента.

Здесь следует отметить интересные наблюдения П. К. Булатова и П. И. Бузя (1953б), показавшие возможность воспроизведения бронхиальной астмы, используя внушение. Кроме того, в пашей лаборатории М. А. Ливецкая воспроизводит с помощью словесного внушения малярийные синдромы. В последнее время А. Б. Горбачев (1955) посредством внушения в гипнотическом сне воспроизводит у больных эпилепсией судорожные припадки с соответствующими сдвигами в электрической активности коры головного мозга.

Во всех приведенных случаях раздражителями служили словесные внушения соответствующего содержания, которые вызывали к жизни те же процессы, сохранившиеся в высших отделах центральной нервной системы от пережитого в прошлом патологического состояния.

Таким образом, приведенные нами данные позволяют утверждать, что в основе рассматриваемых явлений лежит действительное, реальное репродуцирование процессов и состояний, имевших место в прошлом в высших отделах головного мозга рассматриваемых. Этим подтверждается правильность представлений школы И. П. Павлова о том, что следы пережитого в прошлом и пережитого в прошлом являются основой для возникновения психотерапевтических методов психокатализа (при котором терапевт вызывает у пациента состояние, подобное тому, в котором находился больной в прошлом состоянии) и гипноанализа (активация психических процессов, связанных с пережитым в прошлом состоянием). Таким образом, психотерапевтические методы психокатализа и гипноанализа являются реальное основание

Таким образом, весь симптомокомплекс пережитого в прошлом патологического процесса может быть воспроизведен вновь после клинического выздоровления. После выздоровления человек (после со-
матического заболевания) может испытывать остаточные явления в виде

Поэтому мы в определенных случаях применяем этот прием оценки следовых процессов с диагностической целью в качестве одного из способов уточнения особенностей возникшего у больного патологического состояния и выяснения некоторых сопутствовавших ему или связанных с ним патогенетических моментов. Это может быть иллюстрировано следующим примером.

В 1924 г. в пропедевтическую клинику нервных болезней Харьковского медицинского института обратился Б., 17 лет, с жалобой на возникшее у него с 5-летнего возраста заикание. Однако ни он сам, ни его мать не знали, на какой почве это заболевание развилось. Погрузив больного в состояние искусственного сна, мы выяснили, что ему сейчас 5 лет. После пробуждения продолжал рассказывать о том состоянии, которое он помнил. Подробно описал случай испуга, происшедший с ним в этом возрасте во время иллюминации в их саду загорелся бумажный фонарик, что было связано для него с сильным эмоциональным переживанием, послужившим непосредственной причиной развившейся у него задержки речи.

Следует остановиться на наблюдении М. М. Сусловой (1932). Когда больной, находившийся во искусственном сне, было выяснено, что ей сейчас 30 лет, она стала предъявлять жалобы на тошноту и сильную головную боль, причем заявила, что «что-то ее сильно ударило», но что «во всем этом она ничего не понимает». При опросе ее после пробуждения было выяснено, что в 30-летнем возрасте поехала в котором она находилась, будучи на фронте (1941), попала под бомбежку. Больная была контужена и потеряла сознание. Когда пришла в себя, чувствовала головную боль и сильную тошноту.

Таким образом, и на этом примере мы видим, что воспроизведению пережитой в прошлом ситуации может приводить к оживлению следовых реакций, отвечающих событиям, пережитым в прошлом, из которых наиболее ярким для данной больной оказался момент ее контузии, перенесенной в данный период ее жизни. Эти примеры говорят о большой диагностической значимости такого исследовательского приема.

Наконец, возникает закономерный вопрос о степени безвредности воспроизведения у бывших больных прошлых патологических состояний. Как показала наша наблюдения, повторное подобная процедура, осуществляемая как в искусственном, так и в естественном состоянии, не вызывает никаких вредных последствий, никак не отражается на дальнейшем состоянии здоровья и не приводит к развитию каких-либо осложнений (после бывшего у него четырехлетней полной инвалидности). То же следует сказать и о другом нашем бывшем больном. Без всякого ущерба для здоровья у больного было негосильно раз сделано воспроизведение патологического состояния. Вместе с тем все это свидетельствовало о высокой компенсаторной способности, свойственной нервной системе обоих больных.

Об отсутствии вредных последствий воспроизведения картины негосильного состояния говорят в своей монографии Л. А. Т. (1936).

Таким образом, наши наблюдения не дают оснований говорить об отрицательном действии на состояние здоровья воспроизведения следовых процессов патологического состояния. У всех трех наших больных патологический синдром не восстанавливался даже после новых психических травм, возникающих у больных впоследствии.

ГЛАВА II ИЗОЛИРОВАННЫЕ БОЛЬШЕЕ ПУНКТЫ КОРЫ МОЗГА

... мы имеем достаточное основание принимать, что под влиянием различных функциональных причин функционального характера в коре полушарий могут находиться резко изолированные патологические пункты или районы

И. И. Павлов

Согласно тому, что мы называем жизнью есть «беспериостановленная борьба, столкновение наших основных стремлений, желаний и вкусов как с общеприродными, так и со специально-социальными условиями», И. И. Павлов говорил, что все эти причины при определенных условиях могут «концентрировать патологическую инертность раздражительного процесса в разных инстанциях коры полушарий — то в клетках, непосредственно воспринимаящих раздражения как от внешних, так и от внутренних агентов (первая сигнальная система действительности), то в разных клетках (клетки тактильных, слуховых и зрительных) словесной системы (вторая сигнальная система), и притом в обеих инстанциях в различных степенях интенсивности: раз — на уровне представлений, а в другой — доводя интен-сивность до силы реальных ощущений (галлюцинации)»¹.

Согласно учению И. И. Павлова, можно легко сделать большими отдельные, даже мелкие, пункты больших полушарий. Действие на эти пункты адекватных раздражителей «ведет к быстрому и резкому падению общей условнорефлекторной деятельности»².

Весь наш многолетний поликлинический опыт свидетельствует о том, что действием слова возможно устранить большие пункты различной локализации.

1. Больная Г., 28 лет, обратилась к нам с жалобой на мучительную форму кривошеи (torticollis), которой страдает 8 лет. Заболеванию возникло в момент острой ссоры с мужем, когда он нанес ей грубое оскорбление, причем голова больной была повернута в момент травмы в крайнее левое положение. С этого времени такая поза зафиксировалась и не исчезала даже во время сна. В течение 8 лет безрезультатно лечилась. Мучительное состояние доводило ее до решения покончить с собой. Перу и медицине и врачам окончательно утратила.

При лечении ее перешли во внутреннюю систему, отмечая, что как всякий человек способен к изменению, так и объективные условия, что уже по мере развития

¹ И. И. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (интеллектуальной) животных. Москва, 1927, стр. 416—417.

² Там же, стр. 374.

(не выходит даже с прописными). Это продолжается в течение 2 лет. Политикоиническое лечение (галлози, бромиды, кофеин) безрезультатно.

Проведено шесть сеансов словесного внушения по внушению сна, устраивающих весь патологический синдром. Уже после 3-го сеанса заявила: «Я уже здорова» и «точно помолодела». Находилась под наблюдением в течение 5 лет; катамнез положительный (наблюдение Е. С. Каткова).

В данной области, вследствие чрезвычайно, сверхсильного для ее нервной системы раздражения, в определенной зоне коры мозга возникло состояние застойности (инертности) раздражительного процесса. Оно зафиксировалось в ней в виде изолированного «бодявого пункта», прерывание которого было связано с фактором времени. «Бодягий пункт» зафиксировался в данном случае в области зрительного анализатора у лица, повидимому, относящегося к сильному варианту слабого общего типа нервной системы. Вследствие сильной отрицательной индукции этот «бодягой пункт» также оказался изолированным от влияния на него остальных части коры мозга.

Важнейшим в этом «Переломном пункте» уже отмечено в прошлом и замечено не подлежит, следовательно, в данном случае, вероятно, устраним этот «бодягой пункт».

И. П. Павлов замечает: «Сильнейшая инерция или оцепенение должна быть принята как факт в двигательных явлениях, то — то же самое вполне допустимо, законно и в отношении всех ощущений, чувств и представлений»¹.

Чрезмерно устойчивые представления, чувства и затем действия, не отвечающие правильным социальным отношениям человека, возникающие по механизму изолирования от всей коры пунктов болезненного состояния.

1. Больная К., 74 лет, обратилась в диспансер с жалобами на головные боли, шум в голове, боязнь острых предметов, навязчивые мысли и влечение убить свою внучку. Такое состояние продолжается около 10 дней. Головные боли и головокружения — около 2 лет. Навязчивые мысли появились без всякого внешнего повода, причем больная относится к ним критически. Днем больная прячет от себя острые предметы, ночью читает молитвы, стремясь отвлечь от себя навязчивые мысли. Все время ведет борьбу с этими болезненными мыслями. Возникая временами, они особенно усиливаются к вечеру, перед сном.

На приеме больная резко подавлена, безынициативна, тревожна, растеряна в силу чего апампестические сведения собирались от сопровождавшей ее дочери. Психотических расстройств не отмечено, ясность сознания, до заболевания была общительной, деятельной, предприимчивой, жизненные затруднения преодолевали легко. Внучку любит, отношения в семье хорошие. Нынешнее состояние оценено как невроз навязчивости (стадия депрессии).

Проведено девять сеансов гипноза, с использованием терапии, в результате чего навязчивые мысли «убить свою внучку», тревога, беспокойство и растерянность исчезли. Больная стала живее, подвижнее, улучшился ночной сон. Отмечена сохранность памяти, критики, интеллекта, соответствующего возрасту и культурному уровню. Больная вернулась к своим привычным занятиям домашней хозяйки, с работой (прельетер). Положительный катамнез 1 1/2 года (наблюдение А. А. Соседкиной).

2. Больная Б., 56 лет, доставлена с жалобами на тяжелое беспокойное состояние, навязчивую ревность к теще мужа (устраивает дикие сцены ревности, иногда продолжающиеся всю ночь) и полному безумию. Забо-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 408.

тела 1^й года назад после психической травмы, тетка мужа (которой 60 лет) в беседе неожиданно сказала, что муж больной у нее бывает. Больная почувствовала глубокую обиду, сильно волновалась, не спала ночь, на протяжении которой много плакала, упрекала мужа, что он «скрыл от нее отношения к теще». С этого дня возникла навязчивая ревность.

С первых дней заболевания лечилась у районного невропатолога, а затем у психиатра (бром, глюкоза, ксилит) без сколько-нибудь существенного улучшения. В связи с бессонным состоянием и суицидальными высказываниями помещена в психиатрическую больницу, где находилась 5 месяцев, диагноз **пресенильный климактерический паранойд**. В числе прочих терапевтических мероприятий в психиатрической больнице была проведена терапия сном в течение одной недели. Выписалась без улучшения, с первого же дня опять сны рожищности и упорная бессонница; начинает с трудом даже после приема двойной дозы барбитала. Находилась на амбулаторном лечении у районного психиатра; лечение проводилось инсулином и кислородом. В стационаре она находилась 10 месяцев, лечилась психиатром. Менструации задержались в возрасте 48 лет.

После ампнестической беседы применена словесная психотерапия во внушенном сне. С первого же сеанса отмечен заметный сдвиг в сторону улучшения, больная стала спокойнее, но попрежнему ее тревожат мысли «он ходит к ней где-то ночью». С 7-го сеанса когда был вызван галлюцинационный, последовало резкое улучшение. Впервые стала без повторения начала заниматься хозяйством, уделять внимание детям. Всего на протяжении месяца получила 12 сеансов — улучшение прогрессивно нарастало. Положительный катамнез 2 года, чувствует себя хорошо, много занимается хозяйством (наблюдение Е. С. Каткова).

Данный пример показывает недоучет врачами психогенеза заболевания и шаблонную трактовку его как «пресенильного психоза», полную безуспешность применявшейся ими фармакотерапии. Важно отметить, что предложенная ферм-терапия не только вызвала сдвиг, а то время как психотерапия по внушению — лишь дополнила его, а не заменила полностью.

В обоих последних примерах также являлись картина «больного пункта» в виде застойности (ипертистия) раздражительного процесса. Изолированный в силу отрицательной индукции от остальной коры мозга «больной пункт» проявился в сфере как вторично-гальной, так и подкорковой (эмоционально-инстинктивной) деятельности.

В обоих случаях «больной пункт» был устранен путем прямого действия на него, вызывая в этом пункте обратную индукцию, а заболевание прекратилось.

ВЛИЯНИЕ СЛОВЕСНОГО ВПУШЕНИЯ НА ПОДКОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ

ГЛАВА XIII

ВНУТРЕННЯЯ СРЕДА И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЕЕ ОРГАНОВ

...большие полушария, благодаря их исключительной реактивности и лабильности, делают, пока точно неизвестным, чем они и для самих их, и для других в их природе, — корковые центры способны реагировать соответственной деятельностью на чрезвычайно незначительные по силе колебания среды.

И. П. Павлов

Насалась изменений в состоянии организма, происходящих под влиянием словесного внушения, мы уже имели случаи отметить, что в этих устойчивых периодах наблюдается самая широкая сдвиг в функциональном состоянии внутренней среды. Можно наблюдать реакции со стороны различных внутренних органов, в том числе сердечно-сосудистой системы, трофических функций, обменных процессов и пр.

Нужно сказать, что эти вопросы привлекали внимание физиологов уже давно. Так, Н. Е. Введенский (1934) еще в своих лекциях 1911—1913 гг. отмечал, что сфера явлений, которые могут быть подчинены гипнотическому внушению, оказывается чрезвычайно широкой: она не ограничивается областью высших нервных актов, но включает в себя и различные стороны растительной жизни организма.

Однако если некоторые из этих реакций прежними исследователями наблюдались неоднократно, то полученные ими данные до развития учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности не могли быть научно обоснованы. Кроме того, далеко не все отделы вегетативной и эндокринной системы были предметом этих исследований. Так, воздействие, оказываемое на обмен веществ и, в частности, на водный, углеводный обмен и пр. путем словесного внушения соответствующего содержания, еще не было предметом такого рода исследований. Изменения в состоянии именно этих процессов, конечно, могли бы быть выявлены наиболее объективно.

ОБМЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ

В конце 1928 г. мы провели ряд исследований в состоянии внушенного сна с минимальным «выныкиванием» определенного количества воды под влиянием соответствующих внушений в целях выяснения возможности воздействия таким путем на водный обмен.

1. У исследуемой Ш. в состоянии бодрствования было предварительно определено количество выделяющейся за 2 часа мочи. Для этой цели в 11 час. 15 мин. мочевого пузыря был опорожнен; в 13 час. 15 мин. выделилось 150 мл мочи с удельным весом 1,019. В 13 час. 18 мин. исследуемая Ш. приведена в состояние искусственного сна и ей сделано внушение: «Перед вами стоит графин с водой и пустой стакан, вы должны напиться воды из графина в стакан и ее выпивать!» Фактически же на столе не имелось ничего, ни другого. Такое искусственное было сделано для того, чтобы создать у коры мозга достаточно обширный и сложный очаг возбуждения, связанный с интеллектуальными, слуховыми, тактильными и кинестетическими анализаторами. В дальнейшем появилось: «Вы пьете воду, вы выпили один стакан воды, вы пьете второй стакан!» и т. д. При этом исследуемая протягивала руку, как бы брала стакан, подносила ее ко рту и, как бы выпивая воду, делала глотательные движения. «Теперь пьете третий стакан... четвертый» «Вы выпили четыре стакана!». После этого последующая Ш. тотчас же была разбужена. Самочувствие хорошее. В 13 час. 30 мин. она сообщила, что почувствовала сильный позыв на мочеиспускание. Была собрана моча, выделившаяся в количестве 230 мл с удельным весом 1,011. В дальнейшем были частые позывы, и моча, как показывают приходящие также данные, выделялась небольшими порциями (табл. 1).

Таблица 1

Время		Примечания
11 час. 15 мин.		
13 час. 15 мин.		В 2 час. 30 мин. исследуемая заявила, что хочет есть и пить.
13 час. 18 мин.		Исследуемая: «Что вы делаете, почему такие частые позывы?»
13 час. 30 мин.		В 3 час. 30 мин. те же позывы и те же выкрики.
Всего	385	(удельный вес 1,011)

Таким образом, если до указанных внушений в течение 2 часов выделилось 150 мл мочи, то после минимума питья четырех стаканов воды мочи оказалось 385 мл, т. е. на 165% больше, причем удельный вес был понижен (на 0,008).

2. Та же наблюдаемая; на основании предыдущего исследования мы нашли возможным ограничиться определением количества мочи, выделявшейся только за один час, так как уже в течение первого часа картина определялась и получался эффект: от 11 час. 35 мин. до 12 час. 35 мин. количество выделявшейся мочи составило 50 мл (удельный вес 1,018). В 12 час. 38 мин. исследуемая Ш. приведена в состояние искусственного сна, после чего сделано внушение: «Вы пьете один стакан воды» (Ш. тотчас же производит соответствующие движения руки, делает глотательные движения); «Выпиваете еще один стакан».

«Вам еще хочется пить, вы пьете третий стакан. Итак, вы выпили три стакана воды».

Пробуждена в 12 час. 45 мин. К 13 час. 5 мин., т. е. через 20 минут после пробуждения, позыв на мочеиспускание. Выделилось 225 мл мочи. В 13 час. 38 мин., т. е. через 33 минуты, снова позыв, выделилось еще 250 мл мочи. Всего за час выделено 475 мл мочи (удельный вес 1,011).

Итак, на этот раз количество мочи за ту же единицу времени увеличилось почти в 10 раз с уменьшением удельного веса на 0,007 (рис. 61).

3. Та же исследуемая III. Мы сделали анализ крови до и после соответствующих внутривенных инъекций воды. Предполагая, что при такой потере воды тканями кровь должна претерпевать соответствующие изменения (сгущение), мы произвели количественное определение гемоглобина и эритроцитов.

До начала исследования выдано было в течение часа 70 мл мочи с удельным весом 1 015; количество гемоглобина составило 67%, эритроцитов

983 000. После обильного внутривенного питья трех стаканов воды мочи выдано было в течение часа 200 мл (удельный вес 1 013), содержащее гемоглобина 71%, эритроцитов — 4 090 000.

Таким образом, с момента обильного питья — почти двукратное увеличение удельного веса мочи и трехкратное увеличение количества эритроцитов и процесса сгущения крови.

Нужно ли говорить, что эти наши исследования аналогичны опытам К. М. Быкова, которые он докладывал в 1926 г. на II Всесоюзном физиологическом съезде (в Ленинграде) и которые дали толчок нашим исследованиям. Если роль условного мочепогонного раздражителя

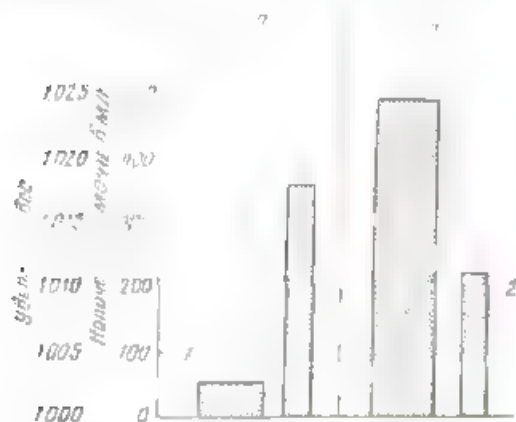


Рис. 61 диурез за один час до (а) и после (б) внутривенного питья.
1 — количество мочи; 2 — удельный вес

играло в опытах К. М. Быкова сама процедура притягивания и введения воды в прямую кишку животного, то в нашем случае роль этого «мочепогонного» играло содержание соответствующего внутривенного слювом.

Следует отметить наблюдавшееся во всех проведенных нами исследованиях весьма быстрое повышение диуреза: в первые 20—30 минут уже выделялась большая порция мочи (исобения и первая последования).

Аналогичные результаты были и у д-ра М. Л. Ливень (физиологическая лаборатория Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения, 1949), который провел у 31 лица 41 исследование.

Все эти данные говорят о возможности воздействия слювом на этот вид осмоза. Такие же исследования в свое время были проведены в Венской психоневрологической клинике Гоффа и Вермером (Hoff и Wetmer, 1928), однако, помимо минимального питья воды, они производили еще усиление о предложении повышения выделения мочи.

Следует отметить, что, как установлено К. М. Быковым (1947а), условная связь может образоваться и через гуморальную систему. «Изменение физического и химического состояния жидкостных систем организма (кровь, тканевая сок и лимфа), говорит о, при одновременном раздражении, падающем на кору мозга с любого репертора, может быть базой для образования условного рефлекса». Всякие колебания в жидкостных системах организма «могут служить основой для образования нервно-гуморальной связи», в частности, «базой для образования мочеподобительного условного рефлекса служит гидремия крови». В ответ на применение условного раздражителя происходит изменение водного состава мочи, отражающее соответствующие изменения водного состава крови.

Если приведенные данные показывают возможность получения сдвига в одну сторону, то клинические наблюдения свидетельствуют о возможности сдвига тем же путем и в противоположную сторону. Ниже мы приводим примеры так называемого «диабетического мочеизнурения», где словесное воздействие оказало благотворное влияние. Суггестивная терапия первых трех больных проводилась в стационаре, четвертой — в амбулатории. Лечение diabete-ridis (диабетического мочеизнурения) психогенного происхождения было проведено В. М. Кисловым.

Первый больной находился в течение нескольких месяцев в Харьковской госпитальной терапевтической клинике.

Больной 29 лет, беженец из Константинополя, болен 12 лет diabetes mellitus. В анамнезе многократные психические травмы: во время войны 1914 г. на его глазах были зарублены отец, мать и два брата. Сам он был в Грецию, где долгое время скитался, перенося много лишений. В 1920 г. он стал чувствовать большую потребность в холодной воде, временами переходящую в болезненную жажду, причем выпивал в сутки 1 л до 2 ведер воды. Голод переносил гораздо легче, чем жажду. Питание резко понижено, вес 32 кг 700 г при росте 156 см. Внутренние органы в норме, мочевой пузырь переполнен. Настроение подавленное, сон тревожный, сухожильные рефлексы ослаблены. Анализ мочи: удельный вес 1000, в остальном норма. Данные микроскопического исследования: 1—3 белых тельца в поле зрения, нередко эпителий мочевого пузыря и красные тельца. Анализ желудочного сока — понижение общности кислотности и следы свободной соляной кислоты. Рентгеноскопия гастродуоденальной патологии изменений не обнаружила.

Острота зрения и состояние глазного дна в норме, реакция Вассермана (производилась несколько раз) отрицательная. В сутки выпивает 4,2—14,5 л воды, выпоивает 1,2—16,4 л мочи. Медикаментозное лечение не давало никаких результатов. Диагноз: diabete-ridis (не был принят).

Так как в анамнезе имелись психические травмы, в течение которых проявился описанный симптомокомплекс, была применена психотерапия в форме косвенного внушения: больному была выписана дифференциальная микстура (укропная вода 200,0, по столовой ложке 3 раза в день) и сделано соответствующее словесное внушение в бодрствующем состоянии о «чрезвычайной целебности этого средства». При этом внушалось, что «если он хочет выздороветь, то должен пить prescribed ему лекарство», которого ему раньше никогда не давали. Вместо того, чтобы ждать, пока лекарство начнет действовать, он должен будет выпивать столько, сколько ему будет угодно.

Из тридцати минут внушения видно, что в смысле внушения достигнута определенная цель. III и IV ступеням внушения (как и в пре-

Таблица 2

Выделение мочи		в л	
до	после	до	после
1	1	8	1
2	2	8	1
3	3	8	1
4	4	8	1
5	5	8	1
6	6	8	1
7	7	8	1
8	8	8	1
9	9	8	1
10	10	8	1
11	11	8	1
12	12	8	1
13	13	8	1
14	14	8	1
15	15	8	1
16	16	8	1
17	17	8	1
18	18	8	1
19	19	8	1
20	20	8	1
21	21	8	1
22	22	8	1
23	23	8	1
24	24	8	1
25	25	8	1
26	26	8	1
27	27	8	1
28	28	8	1
29	29	8	1
30	30	8	1

дыханию дня) 14,2 л воды и выделено 16,8 л мочи (удельный вес 1000), т.е. после указанных внушений, психотегических приемов укропной воды, повторявшихся ежедневно в течение 10 дней, картина диуреза изменилась (табл. 2).

Как мы видим в данном случае удалось преуменьшить количество выделенной мочи под воздействием психотегических приемов. Док. Целдок (Zondak, 1925), в главе о несахарном мочеизнурении писал: «психотегия может доходить до таких размеров, что она превышает количество вводимой в организм воды».

Одновременно с резким падением жажды появилась бодрость и апноит. Дальнейших попыток уменьшить количество выпиваемой жидкости

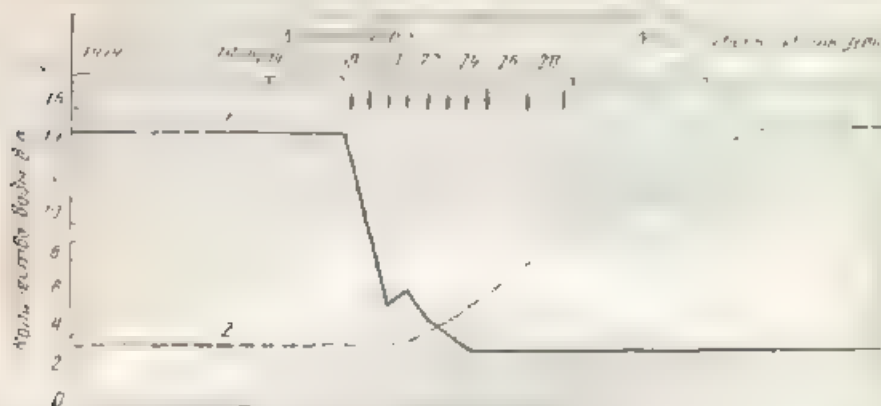


Рис. 62. Схема эффективности психотегической терапии психогенного несахарного мочеизнурения.

1 — количество выпитой воды (в литрах), выпитой больным за сутки, 2 — самочувствие больного (полным штрихом обозначает таушиш), стрелки обозначают сеансы кожно-го внушения в состоянии бодрствования.

(включая сюда молоко, обед, чай) не делалось. С каждым днем самочувствие больного улучшалось, и через 3 недели после начала психотегической терапии он был выписан. За все это время количество выпиваемой им в сутки жидкости не превышало указанной ему нормы — 3,2 л. Произошло также полное, раньше совершенно ослабевшее. Стал совсемному вставать и работать. К декабря прибавил в весе 9 кг, пригнулся к работе. Был под наблюдением 8 месяцев, жажда не увеличивалась (рис. 62).

Таким образом, мы видим, что косвенное внушение, т.е. внушение через посредство индифферентного раздражителя (укропная вода), примененное в сочетании с прямым словесным внушением, дало вполне стойкий положительный эффект.

2. Больной П., 15 лет, находился на излечении в Харьковской факкультетской психиатрической клинике и демонстрировался В. М. Когапом Лисым на одной из его лекций по аномальным психическим явлениям («Несахарное мочеизнурение» 1927). Гипотеза гипотеза никаких отклонений от нормы не показывала. В течение месяца делались инъекции гипотезы под влиянием чего уменьшилось потребление воды и выделение мочи. Но спустя некоторое время гипотеза, как таковая, не появлялась. мучительная жажда и потребление воды возросло до 14 л в сутки. Больной был выписан без улучшения. В анамнезе психическая травма 9 лет назад за мальчиком попал в больницу, устроен ему пытки. Боялся в дом, мальчик впал в обморочное состояние и долго не приходил в сознание. Очнувшись, попросил воды и выпил несколько кружек за ночь. С этого момента стал выпивать огромное количество воды, особенно ночью. Воды

ствие этого в школе с трудом высиживал до конца урока, ожидая перемены. Во время школьных экскурсий и прогулок на город, если не было близко воды, убегал домой; иногда же утолял жажду выделяемой им мочой. В школе отставал от занятий, туго собирался, был ленив и слаб. Занятия давались с трудом, так как мысль о воде не оставляла ни на минуту. За ночь выпивал столько же воды, сколько и за день. Ночью до 10 раз мочился.

Больной, повидимому, принадлежал к слабому общему типу нервной системы и отличался легкой внушаемостью. С первого же сеанса гипнотической терапии у него развивалось дремотное состояние, сопровождавшееся полной гипотонией мышц. В этом состоянии делалось соответствующее подбадривающее внушение: «Это заблуждение после лечения гипнозом перестанет, и ты сможешь жить и работать нормально, не испытывая жажды. Ты будешь здоров, ты будешь рад жить, работать и учиться в школе. Будут и аппетит, бодрость, интерес к занятиям, к играм, к занятиям спортом».

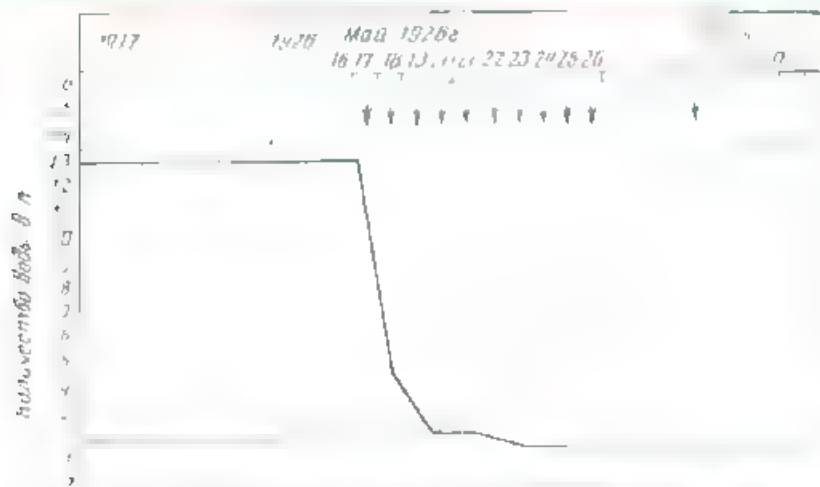


Рис. 1. Схема динамики мочеиспускания и жажды у больного. По вертикальной оси отложено количество выпитой воды в литрах, по горизонтальной — дни в мае 1926 года. Стрелки на графике указывают на моменты мочеиспускания. Число стрелок обозначает количество мочеиспусканий в сутки. Число точек обозначает количество выпитой воды в сутки.

по школе». В результате подобных спонтанных упражнений мальчик стал меньше пить, меньше мочиться. Наблюдение велось в семье больного, где количество выпитой и выделяемой жидкости тщательно записывалось. Обычно больной выделял до 12 л мочи в сутки. На следующие

Таблица 3		
Дни	Выпитой воды (л)	Число ночных мочеиспусканий
18.V - 19.V	3	1
19.V - 20.V	3	1
20.V - 21.V	3	1
21.V - 22.V	3	1
22.V - 23.V	3	1
23.V - 24.V	3	1
24.V - 25.V	3	1
25.V - 26.V	3	1
26.V - 27.V	3	1
27.V - 28.V	3	1
28.V - 29.V	3	1
29.V - 30.V	3	1
30.V - 31.V	3	1
31.V - 01.VI	3	1
01.VI - 02.VI	3	1
02.VI - 03.VI	3	1
03.VI - 04.VI	3	1
04.VI - 05.VI	3	1
05.VI - 06.VI	3	1
06.VI - 07.VI	3	1
07.VI - 08.VI	3	1
08.VI - 09.VI	3	1

сутки после первого сеанса словесного внушения количество выпитой мальчиком воды уменьшилось до 8 л, ночью вставал 6 раз. В дальнейшем число ночных вставаний и потребления жидкости уменьшилось (табл. 3).

Сеансы словесных внушений во внушенном слове проводились ежедневно по 15 минут. Амплификатор речи применялся для усиления голоса. Тем не менее отмечалось заметное улучшение в состоянии больного: стал выплывать аппетит, постепенно нарастала бодрость, развивался интерес к школьным занятиям, в школе спокойно выдерживал урок до конца. Окреп, из апатичного превратился в бодрого и подвижного, интересующегося занятиями, играми и физкультурой (рис. 63). Потребности в большем количестве жидкости не было. В июле уехал в деревню, где пробыл больше месяца. Несмотря на вынужденные дни и работу в поле, жажда его не беспокоила (наблюдение В. М. Кислова).

3. Больная Н., 28 лет, направлена к нам из эндокринологической клиники с жалобой на мучительную жажду, которой страдает в течение 10 лет, выпивая 8—17 л воды в сутки. Соответственно повышен диурез, удельный вес мочи 1001, резкое исхудание, безрезультатно лечилась в Кисловодске в неврологической и эндокринологической клиниках, где ставился диагноз **песахарного диабета**.

Из анамнеза выяснено, что начало заболевания связано с тяжелыми переживаниями. В течение 10 лет безуспешно лечилась в различных клиниках. В состоянии, чем удалось полностью ликвидировать внешнюю место психогенную полидипсию и полиурию, причем состояние начало улучшаться после 3-го и 4-го сеансов. После 3-го и 4-го сеансов потребность в воде не превышала 1,5 л в сутки. Начала возвращаться работоспособность. После выздоровления демонстрировалась врачам и студентам на практических занятиях проф. Н. П. Татаренко. Положительный анамнез 2 года; рецидива не было (наблюдение А. А. Соседкиной).

Отметим, что Н. П. Подъяпольским (1909) также была описана картина **песахарного мочеизнурения** 4-летней длительности (до 3 $\frac{1}{2}$ л педер жидкости в сутки), возникшего после психической травмы и прекратившегося исключительно лишь под влиянием двух сеансов гипнозосуггестивной терапии, причем больной был здоров в течение последующих 18 лет.

На функциональную полидипсию и полиурию психогенного происхождения указывает также Дежерин (Dèjérine, 1912), приводя случаи потребления жидкости до 7 л в сутки и выведения соответствующего количества мочи, что длилось на протяжении 5 лет. То же отмечает и Цолдек (1925), описывая ряд больных, у которых **песахарное мочеизнурение** приходилось рассматривать как следствие психических травм. В некоторых лиц причиной развития полидипсии, по его данным, может служить также раздражение: ему пришлось наблюдать 13-летнего мальчика, страдавшего в течение одного года полидипсией и полиурией. Он потреблял до 8 л жидкости в сутки, причем «изучался так много пить у своего школьного товарища». Под влиянием энергичной психотерапии эта дурная привычка исчезла совершенно.

Все вышесказанное указывает на необходимость иметь в виду психогенный **песахарный диабет**, чем определяется как прогноз, так и метод терапии. Естественно, что в таких случаях психотерапия является единственным действительным методом. Наблюдения В. М. Кислова, Н. П. Подъяпольского и А. А. Соседкиной указывают, что в этих формах заболевания наиболее эффективным методом является внушение. Приходится удивляться тому, как быстро при этом может происходить нормализация вегетативных функций, которые долгое время были патологичны (например, у больного, наблюдавшегося Н. П. Подъяпольским в 4 года, А. А. Соседкиной — 10 лет, В. М. Кисловым — 12 лет).

Как мы знаем, внутренние органы и эндокринные железы связаны с вегетативной нервной системой, а следовательно, и с корой мозга, и с различными видами эмоций уже давно отмечена возможность гипергликемических изменений в результате эмоционального возбуждения. Известно, что у животных (например, Серпинский В.) стимуляция подкорковых областей развития нарушает углеводный обмен. Поэтому для полного словесного воздействия на вегетативную систему и тем самым на быть достигнуты определенные изменения в состоянии углеводного обмена.

Действительно, В. Н. Финне (1928) впервые показал, что у хорошо гипоталамического субъекта путем соответствующего внушения словом может быть вызвана гипергликемия. В его исследованиях, произведенных в Ессентуках, содержание сахара определялось по Хагедорну и Иенсену причем реальная сахарная нагрузка дала через час повышение количества сахара в крови с 0,100 до 0,140 мг%, а мысленная нагрузка, вызванная путем соответствующего внушения во внушенном сне, дала повышение сахара с 0,104 до 0,109 мг%.

Нами был также проведен ряд аналогичных исследований (1929). Приводим некоторые из них.

1. В 11 часов утра 12/XII 1928 г., через 3 часа после завтрака, состоявшего из кусочка телятины, двух стаканов кофе и четырех чайных ложек сахара, у исследуемого была взята кровь и определено содержание сахара по методу Хагедорна и Иенсена. Количество сахара равнялось 0,097 мг%. После реальной сахарной нагрузки (100 г меда и 100 г сахарного песка) количество сахара в крови повысилось через 50 минут на 33%.

2. В 8 часов утра 19/XII был дан тот же завтрак, в 11 часов количество сахара в крови составило 0,094 мг%. После взятия крови исследуемый был приведен в состояние внушенного сна, в котором ему было сделано внушение следующего содержания: «Вы едите ту же порцию меда и сахара которую съели 12 декабря! Вы уже ее съели!». Через 50 минут после пробуждения количество сахара в крови оказалось увеличенным на 0,025 мг%.

3. В 12 часов дня 7/II 1929 г., через 4 часа после обычного утреннего завтрака, у того же лица была исследована тем же методом кровь на содержание сахара: количество сахара равнялось 0,075 мг%. После этого, не производя реальной сахарной нагрузки, исследуемого привели в состояние внушенного сна, в котором ему было внушено, что он съел то же количество меда и сахара, что и 12 декабря. Через 40 минут после этого содержание сахара в крови уже оказалось равным 0,087 мг%, следовательно, и в данном случае внушенная «нагрузка» дала увеличение содержания сахара в крови.

Дальнейшие исследования А. О. Долина, Е. Т. Мизнер-Богдановой и Ю. А. Поворинского (1934), Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова (1935), М. П. Липецкого (1951) подтвердили факт действительной возможности получения гипергликемии путем соответствующего внушения словом. Что касается исследований Н. Д. Ершова и М. Н. Ксенократова то они обнаружили (у 17 исследуемых), что уже одно словесное внушение «чувствую сладкий вкус во рту», сделанное во внушенном сне, плечет за собой появление сахара в моче. Следовательно, у 2 из 17 исследуемых М. П. Липецкого при внушенной еде сахара возникла гипергликемия, в то время как у остальных двух — гипогликемия. Полагаем, что сам факт гипогликемии при внушенной еде сахара чрезвычайно интересен и требует дальнейшего изучения.

Исследования К. С. Косякова (1952), проведенные по методу условного внушения, также подтвердили возможность получения условнорефлекторной гипергликемии при безусловном раздражителе в виде глюкозы и условных раздражителях — сахарян и внушения: «Даю сахар!». Им же

была вызвана условнорефлекторная гипогликемия у 5 из 7 больных сахарным диабетом, лечившихся инсулином, причем под видом инсулина им вводили физиологический раствор.

Попытка путем внушения вызвать гипергликемию была сделана Макусом и Сальгреном (1925) в Стокгольмской психиатрической клинике: внушая исследуемому во внушенном сне, что он съел сахар, они изучали содержание сахара в крови. В данном случае результат получился отрицательный, в предполагаемой гипергликемии от прямого кормления сахаром не получилось (исследования количества сахара в крови проводились тем же методом), однако Ван дер Вельден (1926) при внушении о кормлении сахаром, произведенном также во внушенном сне, наблюдал положительный результат.

Интересны (но требуют проверки) исследования Жигона Эньера и Брауха (Gigon Augier и Brauch, 1929), сделанные в противоположном направлении. Четверым больным диабетом они внушали, что сахар им не нужен, что состояние их здоровья улучшится, что содержание сахара в моче и крови падает. При этом авторам удалось достигнуть, что удалось добиться уменьшения сахара в моче и крови, так как они удалили

Отметим, что условнорефлекторную инсулиновую гипогликемию изучал Ю. А. Новоринский (1930) после многократных инъекций инсулина производимых с терапевтической целью больным психопатией, у которых одно введение физиологического раствора вызывало у них гипогликемическое состояние. Отметим, что такие же результаты были получены Н. С. Савченко (1939) в опытах на собаках. Ему удавалось вызывать условнорефлекторную гликозурию, причем безусловным раздражителем служил адреналин, а условным — свисток и одномоментный укол иглой.

Учитывая данные школы Н. П. Павлова, следует признать, что процессы, возникающие в коре мозга под воздействием факторов внешней и внутренней среды, могут оказывать через подкорковые центры влияние на характер метаболизма. Как отмечает К. М. Быков (1947а), «корковое влияние ограничивается приведением в действие рабочих механизмов, расположенных, вероятно, в большинстве случаев в ближайших подкорковых образованиях».

Из всего изложенного следует, что вопрос о внешней, т. е. условнорефлекторной, гипергликемии может иметь значение также в отношении сахарного мочеизнурения, ибо психогения может явиться источником сахарного диабета, для лечения которого в таких случаях может быть показана психотерапия. Это заставляет задуматься над вопросом о роли психогенного фактора в развитии сахарного диабета. Клиника должна учитывать возможность такого генеза, связывая с ним и соответствующий лечебный подход.

Исследования влияния внушения словом на терморегуляцию до настоящего времени производились редко. В прошлом они носили случайный характер, не привлекая к себе должного внимания исследователей вследствие трудности их надлежащего научного обоснования. Однако такого рода исследования должны иметь не только теоретический интерес, но и практическое значение, ибо они способствуют выяснению роли психогенного фактора в развитии сахарного диабета. Клиника должна учитывать возможность такого генеза, связывая с ним и соответствующий лечебный подход.

О том, что повышение температуры тела животного (собака) может быть вызвано условнорефлекторным путем, сообщают опыты И. С. Александрова (1937).

Первая такого рода обстоятельная клинко-экспериментальная работа в Советском Союзе была проведена В. Ф. Зельдиным, Ю. В. Иваню

бихом и П. Н. Степановым (Госпитальная терапевтическая клиника II Московского медицинского института, 1936), исследовавшими больных туберкулезом, причем был применен метод косвенного внушения в бодрствующем состоянии. Под видом «терморегулинов» больным впрыскивали 0,1 мл стерильной воды. Процедура сопровождалась утверждением: «После этого у вас наступит ощущение тепла во всем теле и поднимется температура». У большинства больных, как установлено тщательным клиническим наблюдением, температура — до введения — колебалась на $0,2-0,5^{\circ}$.

В отношении больных туберкулезом Кемером и Баром (R. Kehler и Behr, 1905) были сделаны наблюдения, основанные на том, что подкожные инъекции туберкулина обычно сопровождаются лихорадочной реакцией. Как оказалось, у многих больных туберкулезом, у которых вообще не было высокой температуры, в тех случаях, когда они заранее предупреждались о том, что будет введена инъекция туберкулина и температуры и когда она с некоторым запаздыванием — с температурой, как обычно, резко повышается, повышение температуры (до той же цифры) наблюдалось у них и при введении стерильной воды или даже в том случае, когда делалась лишь укол иглой шприца. При этом под влиянием внушения словом температура у этих больных повышалась именно в назначенные часы. Авторы правильно усматривают нервный механизм этого явления, не считая его симптомом истерии, лихорадки, признаков которой у больных, по их данным, не имелось. Авторы приходят к выводу, что с помощью внушения при туберкулезе можно вызвать повышение температуры, как обычно, так и при введении стерильной воды.

Однако повышение температуры (до той же цифры) наблюдалось у них и при введении стерильной воды или даже в том случае, когда делалась лишь укол иглой шприца. При этом под влиянием внушения словом температура у этих больных повышалась именно в назначенные часы. Авторы правильно усматривают нервный механизм этого явления, не считая его симптомом истерии, лихорадки, признаков которой у больных, по их данным, не имелось. Авторы приходят к выводу, что с помощью внушения при туберкулезе можно вызвать повышение температуры, как обычно, так и при введении стерильной воды.

И. И. Гвоздок (1938) путем словесного внушения вызывал повышение температуры у эмоционально-лабильной исследуемой в бодрствующем состоянии и во внешнем сне. Во внешнем сне в течение одного и того же дня удавалось вызывать изменение температуры как в сторону ее понижения, так и в сторону повышения. Следует отметить, что у данной исследуемой наблюдалась крайне лабильная терморегуляция (в тот период, когда она находилась в дерматологической клинике по поводу кожного заболевания). Во время менструаций температура у нее поднималась до $37,8^{\circ}$, а при волнениях, связанных с посещением ее родственниками, — и до $39,2^{\circ}$. Температура повышалась также после получения ею писем или новостей (чаще всего неприятного, волнующего содержания). Повышенную лабильность терморегуляции необходимо иметь в виду в случае изменения температуры тела под влиянием соответствующих словесных внушений.

Из иностранных авторов Крафт-Эбинг (Kraft-Ebing, 1888)¹ впервые удалось путем словесного внушения во внешнем сне вызывать у исследуемых на различные, заранее установленные сроки определенную температуру, как пониженную, так и повышенную.

Геллиг и Марес (Hellig и Mares)¹ путем внушения «потери чувства холода и тепла» вызывали стойкую субнормальную температуру, державшуюся в течение нескольких суток на одном и том же уровне ($34,5^{\circ}$).

Мор, Констам и Эйхельберг (Mohr, Konstant и Eichelberg, 1921) путем внушения в состоянии приступа лихорадки и прекращения ее вызывали значительное повышение и понижение температуры тела.

Физиологическое обоснование приводимых нами данных, свидетельствующих о возможности воздействия на терморегуляторную функцию путем словесного внушения, т. е. через кору мозга, дают исследования

¹ Цит. по Левинфельду.

Р. П. Ольняпской и А. Д. Слощина (Лаборатория, руководимая К. М. Быковым, 1938), доказывающие эту возможность. Влияние коры головного мозга на процессы терморегуляции лим было установлено в ряде случаев, причем условными раздражителями была не только та обстановка, в которой проводились исследования, но и фактор времени.

Случай «истерических лихорадок», сопровождавшихся повышением температуры тела, описан в литературе Новиким (1897), Фоссом (1904), Яковенко (1905), Хорошко (1908), Вальковским (1910), Стычинским (1923), Блуменау (1926) и др. а из иностранных авторов Сарбо (Sarbo, 1891), Дюбуа (1912), Дежерина (1912), наблюдавшего у девушки в течение 11 дней температуру 43—44,8°. Игнорирование соматологами возможности такого рода эмотиогенной «лихорадки» ведет к диагностическим ошибкам.

Со своей стороны мы также могли бы привести пример эмотиогенной гипертермии. Нам пришлось наблюдать в клинике студента 24 лет, страдавшего неврозом истерического типа, с тяжелыми судорожными припадками, сопровождавшимися потерей сознания. Во время припадков температура повышалась до 42—43° шкалы обычного медицинского термометра. Причина истерического невроза заключалась в весьма тяжелых переживаниях семейного характера. После курса разъяснительной и гипнозугестивной терапии весь синдром вместе с явлениями гипертермии был устранен.

Приведенные выше исследования и клинические наблюдения должны остановить на себе внимание клиницистов, так как они свидетельствуют о действительной возможности появления резко выраженных температурных колебаний, так же как и стойкого субфебрилитета чисто функционального характера, нередко вводящего в заблуждение как истериков, так и невропатологов. Колебания температуры под влиянием эмоций подчас приходится наблюдать у больных легочным туберкулезом с их лабильной под влиянием туберкулезного токсина вегетативной нервной системой, что необходимо учитывать фтизиатрам.

В заключение следует отметить, что в последние годы рядом авторов установлена возможность влияния словесного внушения также и на температуру. Отметим прежде всего, что Р. П. Ольняпской (1950) и И. С. Савченко (последний экспериментировал на собаках) было показано, что пребывание исследуемых в обстановке, связанной с совершаемой ими в прошлом трудной мыслечной работой, уже влекло повышение газообмена. То же самое наблюдалось и в «переработке» периоде, за которым систематически следовал период интенсивной мыслечной работы. Анализ показал условнорефлекторную природу этих явлений.

И. М. Василевским и Э. М. Князем (1935), а также Д. И. Штенштейном (1935) было установлено, что под влиянием внушения в гипнотическом сне об утяжелении (или, наоборот, облегчении) выполняемой мышечной работы происходит резкое изменение газообмена.

В заключение отметим, что, как говорит К. М. Быков (1947а), «механизм влияния коры мозга на обмен, пути этих влияний, их значение (нормальное и патологическое) — вот вопросы, разработка которых едва ли начата и ответ на которые может дать много интересного».

РЕАКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ПИЩЕВАРЕНИЕМ

Существование условнорефлекторного азиментарного лейкоцитоза с сопутствующим ему повышением кислотности желудочного сока впервые было установлено Н. В. Завадским (1925). Повышение кривой лейкоцитоза наступало, по его данным, во время или обычного

приема пищи, или наибольшей высоты пищеварения (на 1-3 часа позже). При изменении пищевого режима у исследуемых изменялось и время появления лейкоцитоза.

Правильность выводов Н. В. Заватского была подтверждена в нашей клинике П. П. Истоминым и П. Я. Гальпериным (1925), применявшими метод словесного внушения во внешнем сне.

У двух исследуемых в условиях голодания было получено увеличение количества лейкоцитов, у первого — на 1100 (с 5000 до 6100), у второго — на 1575 (с 4700 до 6275). В дальнейшем при подавлении чувства естественного голода внушением авторам удалось предупредить обычное повышение числа лейкоцитов, причем в привычный час еды количество их увеличилось с 5375 до 5425, т. е. всего лишь на 50. При втором таком же исследовании было получено уменьшение лейкоцитов (с 6300 до 5575). В третьем, когда авторами был внушен повышенный аппетит («Вам очень хочется есть»), наряду с появившимся чувством голода поднялось число лейкоцитов на 1550 (с 5100 до 6650). Это повышение количества лейкоцитов оказалось больше, чем при действительном голодании. Такие же данные были получены и при повторном исследовании, проведенном через 4 дня. На этот раз количество лейкоцитов увеличилось на 2025 (с 4275 до 6300). На следующий день после этого путем соответствующего внушения аппетит был подавлен, что вызвало уменьшение числа лейкоцитов на 1425 (с 4975 до 3550). При повторном таком же исследовании (после суток этого нормального пищевого режима) количество лейкоцитов снизилось на 1300.

П. С. Щедрову (1930) удавалось тоже словесным внушением во внешнем сне подавлять чувство голода и вызывать уменьшение количества лейкоцитов. Кроме того Щедров установил, что когда вызывает он чувство голода, что также учитывалось по содержанию лейкоцитов в крови, как это показано в табл. 4.

Таблица 4

	в этот час	через час после		
		внушенного сна	через 1 час 20 минут после действительного сна	после 4-х суток голода
Исследуемый Ш.	4600	13 800	11 200	8 500
Исследуемый А.	10 100	18 300	14 000	10 600

Аналогичные исследования по тому же гипносуггестивному методу проведены А. А. Тоцальским (1928—1929) в Ташкенте. Результаты идентичны.

Несколько иными по методике были исследования Глазера (1924), касающиеся влияния на лейкоцитоз как мысленно переживаемого исследуемым приема той или иного рода пищи, так и действительного приема ее. Глазер устанавливал тождество колебания количества лейкоцитов в обоих случаях.

Без сомнения, данные этих исследований могут служить доказательством возможности влияния с помощью слова на физиологический голод и сытость, как и доказательством условнорефлекторного характера алиментарного лейкоцитоза в этих случаях. Следует принять во внимание при этом еще данные Н. В. Заватского и П. М. Астахова (1928), а в последнее время С. Н. Киселевой (1951), устанавливающие наличие условнорефлекторного алиментарного лейкоцитоза у здоровых людей и у психи-

чески больных. Отметим, что А. Г. Урин и Е. С. Зенкович (1952, 59 исследования у 25 больных) также установили наличие условного лейкоцитарного рефлекса на время еды. В лабораториях К. М. Базина (1941) получены условные лейкоцитарные реакции на фактор времени и у собак.

Все это говорит о том, что рефлекторный алиментарный лейкоцитоз представляет реакцию не только на принятие пищи, но и на соответствующее впечатление слухом, на мысленное представление о еде, а также на привычное время приема пищи, являясь, таким образом, условнорефлекторной реакцией на определенные условные раздражители, в том числе и на фактор времени.

Отметим, что, интересуясь вопросом о состоянии мышечного тонуса желудка при опущении желудка и сытости, мы провели в 1933 г. рентгенопоскопические исследования у нескольких лиц. Полученные нами данные показали, что во время переживания исследуемым, находящимся в состоянии опущенного сна, чувства голода желудок имеет резко выраженную перистальтику, причем мышечный тонус желудка повышается, а его нижний полюс поднимается значительно вверх. При впадении же состояния сытости желудок опускается, переходит в состояние гипотонии, дает картину перитонического расширения, перистальтика его обычная (или даже несколько понижена), эвакуация замедлена.

Следует подчеркнуть, что воздействия, оказываемые путем словесного внушения на чувство голода и сытости, могут быть направлены в сторону или подавления усиленного аппетита, или же повышения его при отсутствии влечения к еде, или, наконец, в сторону устранения извращенного влечения к определенному роду пищевым продуктам, противопоказанным для больного. Эти возможности клиницистам следует иметь в виду в тех случаях, когда необходимо быстро поднять питание больного или же, следуя медицинским показаниям, временно совсем подавить влечение больного к еде, или ограничить это влечение.

Для иллюстрации приведем наблюдения пропедевтической терапевтической клиники Харьковского медицинского института, где этот метод в 1924 г. применялся В. М. Коганом-Ясным.

1. Больная Н., 10 лет, диагноз «сахарное мочеизнурение», жалобы на неудержимый голод. Последнее обстоятельство вынуждало ее нарушать диету, бери тайком по ночам у больных запертые ей пищевые продукты, поедая даже отбросы пищи и т. п. В условиях инсулиновой терапии это прямым образом мешало выравниванию у нее углеводного обмена. Было использовано соответствующее внушение, проведенное в дремотном состоянии, после которого, как пишет автор, у девочки «несомненно, пониилось чувство голода, а также жажды», вследствие чего она смогла быть дисциплинированной в отношении принятия пищи, строго подчиняясь в этом указаниям лечащего врача. Все это способствовало тому, что количество сахара было доведено до нуля и ацетон был устранен (наблюдение В. М. Когана-Ясного).

2. Больная К., 32 лет, диагноз «сахарное мочеизнурение». С большим трудом черпала для себя какую-либо ограниченную пищу. Но не достигла в соответствии с указаниями врача (каждый день строго 300 г) в результате чего через 2 недели больная была выписана из клиники без лечения инсулином, причем сахар и ацетон в моче не содержались.

3. Больная Л., 36 лет, по совету лечащего ее врача обратилась к нам с жалобой на постоянное чувство голода и жажды. Ежедневно съедает по 2—2,25 кг хлеба и по 8(10) г мяса, сверх того берет хлеб на ночь под подушку. Количество выпиваемой ею воды не меньше 25—30 стаканов в день, «пью воду, как утка», — говорит больная. При этом у нее тотчас же после каж-

Во время приема пищи вновь появляется мучительное чувство голода, причем при попытке воздержаться от дальнейшего приема пищи неизменно возникает возникновению чрезвычайной общей слабости. Больная в течение 10 лет. Мучительный голод впервые появился внезапно, когда больная делала покупки в продуктовом магазине: у нее закружилась голова и тотчас же появилось чувство голода, не покидающее ее с этого момента ни на один час. Со времени заболевания больная стала быстро полнеть; в последнее время из-за тучности с трудом передвигалась. Несколько лет назад лечилась тиреотомией, но безрезультатно. За год до обращения в диспансер лечилась у невропатологов, один из которых назначил ей индифферентную диету, а другой — тиреотомия и режим ограничения еды. В течение месячного лечения потеряла в весе 8 кг, но чувство голода ее не покинуло, так же как и нарастающая слабость, особенно в руках и ногах. Гистологическое исследование и также анализ крови и другие исследования не показали ничего патологического.

Принимая во внимание безрезультатность лечения в прошлом, была проведена серия экспериментов, целью и целью которых было выяснение (по М. Гекторю) механизма возникновения голода, причем больной разъяснялось, что ощущение голода ни в какой мере не связано с потребностью организма в таком количестве пищи, а вызывается раздражением участков головного мозга, подающих подобного рода ощущениями. Затем ей императивно внушалось: «Приемы пищи вы легко можете ограничить, и это никакой слабости за собой не повлечет. Ощущение голода вы в состоянии подавить, повышенная потребность в еде у вас постепенно стихает и исчезает». Кроме того, были установлены последовательные суточные нормы количества потребляемой пищи: сначала ей была внушена потребность съедать не более 800 г хлеба в день, затем в течение последующих дней — не более 400 г в день и, наконец, — не более 300 г. Однако на последней порции больная смогла оставаться только несколько дней, так как, по ее словам, при этой суточной норме чувствовала себя слабой и провела увеличить порцию хлеба. Было «прибавлено» еще 200 г хлеба в день, что ее вполне удовлетворяло. Одновременно внушалось ограничение потребления жидкости (не более 2 стаканов в день плюс обед), причем было внушено, что у нее отсутствует всякое влечение к сладостям и мучному!.

Как показали еженедельные взвешивания, больная постепенно стала терять в весе: за 2 месяца она потеряла 10 кг, причем отмечалось нарастающее хорошее самочувствие и, наряду с похуданием, полное отсутствие слабости (чего не наблюдалось, как указано было выше, при лечении тиреотомией). В течение последующего нашего 15-летнего наблюдения чувствовала себя хорошо (рис. 64). После выздоровления больная демонстрировалась в психоневрологической секции Харьковского медицинского общества и 28/III 1929 г. — на заседании Харьковского общества эндокринологов. Следует подчеркнуть, что в данном случае, как и в предыдущих, имелось функциональное нарушение, ошибочно принимавшееся за органическое поражение (П. Г. Харченко).

Влияние словесного внушения на функцию пищеварительных желез также явилось предметом специальных исследований ряда авторов.

Так, Гейер (Heuer, 1923) показал, что в случае внушения о «приеме пищи», производимого во внешнем сне, состав желудочного сока претерпевает изменение, стоящее в зависимости от характера и состава этой пищи. Дельгун (Dolhugne) и Гансен (1927) получили те же результаты и в отношении желудочной кислоты: в зависимости от характера той «пищи», «принятая» которой внушалась путем соответ-

успокаивающего словесного внушения в истерическом дремотном состоянии пережитого ею случая — последующим односторонним сеансом внушения в отдыхи во внушенном сне.

После этого сеанса «наперыне за все время ночь прошла спокойно», без обычных «мучительных позывов», днем же «гал был» «большим количеством слюны, причем только 2 раза». После второго сеанса в внушении, такого с последующим односторонним сном-отдыхом, стул стал однократным и совершенно нормальным, вследствие чего больная была переведена на общий курортный стол.

В дальнейшем работоспособность ее быстро восстановилась. Находилась под полным наблюдением в течение 6 мес и была совершенно здорова.

Таким образом, двумя сеансами мотивированного словесного внушения, сделанного во внушенном дремотном состоянии с односторонними сеансами внушения в отдыхи во внушенном сне, дисфункция кишечника (или являясь в течение ряда месяцев, была радикально устранена.

2. Больной С. Э., 35 лет, поступил с жалобами на ощущение давления и боли в груди при прохождении пищи после ее проглатывания, отдающие в правую половину груди и в позвоночник, и на рвоту, возникающую после принятия пищи. Как было отмечено, он был направлен в Харьков в хирургическую клинику Харьковского медицинского института (зав. — проф. В. Н. Шамов) на операцию по поводу «спуха в пищеводе», но так как рентгенологическое исследование никаких отклонений от нормально обнаружилось, больной был направлен в психотерапевтическое отделение диспансера.

Длительной углубленной анамнестической беседы были выявлены крайне тяжелые для него семейные переживания, длившиеся непрерывно в течение 2½ лет, что и привело к возникновению вышеописанной патологии в форме спазма пищевода, обусловленного патологическим соответствующим корковым «болитого пункта». После пяти сеансов психотерапии, проведенных во внушенном сне, наступило полное выздоровление. Оставался под наблюдением 3 года, рецидивов не было (наблюдение Н. П. Мурашевской).

3. Больная И., 46 лет, поступила с жалобами на давление в течение 1½ лет боли в области желудка, спорадически возникающие поносы и запоры (вследствие этого наступила невозможность принимать пищу), прогрессирующее исхудание, раздражительность, бессонница. Так как был диагностирован «рак желудка», больной назначена операция, что еще более ухудшило ее общее состояние. В анамнестической беседе установлено наличие тяжелой психической травмы, перенесенной 1½ года назад (падение на ее квартиру овердоровской банды). Проведено восемь сеансов словесного внушения во внушенном сне (через день). Выступило общее успокоение, спокойное отношение к пережитому, прекращение болей, нормализация функции кишечника, возвращение к прежнему хорошему самочувствию, восстановление аппетита и хорошего ночного сна и т. д. Это дало положительный эффект: здоровье полностью восстановилось, прибавила в весе в течение месяца 2 кг. Боли в области желудка прекратились, после первого же сеанса (каждый сеанс, после которого был дан продолжительный внушенный отдых во внушенном сне, состояние улучшалось) (наблюдение Г. А. Кирьяновой).

4. Больной С., 21 года, направлен к нам для консультации. Страдает в течение 4 месяцев неустойчивыми позывами (5—6 раз днем и 2—3 раза ночью). В течение всего этого времени находился на строгой диете. Съеденным им кусочек хлеба или мяса вызывает боли в подложечной области. Сначала имелось подозрение на левую желудка, что и оспаривалось. Последующие диагнозы терапевтов «катар желудка» «колит». Все виды лечения оказывались безрезультатными.

Путем анамнестической беседы удалось установить, что не так давно пережил в жизни личную травму. Вечером во время ужина, сидя у окна во время чая, был испуган неожиданным выстрелом на улице под самым окном. С этого момента и возникла стойкая, непрекращающаяся дисфункция желудочно-кишечного тракта.

Применена психотерапия. В состоянии глубокой дремоты сделаны внушения «Пержитый вами случай неслучаю забыт, кишечник в полном порядке, деятельность его уже нормализовалась, вы вполне здоровы». На следующий день больной заявил, что этот случай прошел хорошо: кишечник не болен, и в утре кишечник действовал один раз. После 2-го сеанса днем стул нормальный, после 3-го сеанса больному разрешена разнообразная пища, так как «никаких жалоб на какашки больше не слышит со стороны желудочно-кишечного тракта», он ее продолжает. Выписан здоровым. Продолжительный катамнез 5 лет.

Следует отметить, что у данного больного проявляется сразу высшей нервной деятельности, возникший в условиях острого сдвиги двух связанных и связанных между собой очагов концентрированного возбуждения. Один из этих очагов был связан с приемом пищи, а следовательно, с работой вкушного и двигательного анализатора (жевательная мускулатура), следовательно, с сокращениями пищевых желез и имел в данных условиях характер очага доминантного возбуждения. Другой же очаг внезапно возник в фарадизованном вкушного анализатора, вследствие сверхсильного прикосновения к нему раздражения (резанная дрожжевой выстрел). Связанный с этим сильная истинная эмоция (испуг) привела к сдвигу в сторону острого стресса, вызванного этим событием. Это имело своим следствием возникновение в соответствующей области коры мозга «больного пункта», что и привело к глубокому и стойкому нарушению в функциях кишечника, вызывая деятельность пищеварительного аппарата.

Таким образом, мы видим, что по отношению ко всем описанным больным симптомы совершенно те же, что и при психической травме и развитии на этой основе невротического состояния.

В заключение напомним давно известное гигиенистам положительное влияние внушения словом при запорах, почесывания упорных.

Для иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больная V — 28 лет, после перенесенной ею в детстве операции в течение длительного времени страдала отсутствием самостоятельной деятельности кишечника вследствие чего вынуждена прибегать к клизме. Больная была приведена нами в данное состояние в этом состоянии об этом участившемся внушение «Странно, этот день 26-го января, наступил 10-й день не ходить в туалет, так как 10 и 11 числа утра!» Как больной не ответил, что 26-го января не было случая, когда бы кишечник не работал самостоятельно и именно утром в указанное время.

Ограничим эти примеры, которые легко можно было бы приумножить, так как кистичежные расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта встречаются нередко. Отметим, что на пищеварительной системе ярче всего проявляется установленная лабораториями И. М. Близникова и других профессоров функция коры мозга. Мы полагаем, что это может способствовать изучению общепонятно тесной связи между функциями пищеварительной системы и функциями коры головного мозга.

Как известно из повседневной жизни, тошнота и рвота нередко могут возникать и в состоянии здорового человека, например, некоторым людям обладающим повышенной реактивностью рвотного центра, услышать разговор о тошнотворных запахах или вспомнить о пасторовом масле и т. п.,

у них тотчас же появлялся тошнота, а в иных случаях и рвота. Это говорит о том, что такая реакция возникает у них через кору мозга, т. е. условнорефлекторным путем.

Иногда приходится наблюдать патологически упорную рвоту психогенного характера. Такая рвота обычно диагностируется терапевтами как симптом заболевания желудка, чем и обуславливается безрезультатность применяемого ими в таких случаях лечения. Приведем пример.

1. Больная К., 19 лет, обратилась к нам с жалобами на приступы мучительной тошноты и частую рвоту, нерегулярные и не связанные с приемом пищи, на отсутствие аппетита и угнетенное состояние. Болеет 1½ года, причем за один год потеряла в весе 8 кг. Вначале тошнота и рвота возникала изредка, а затем участились. Диагноз поликлиники «катар желудка».

В психотерапевтическом отделении была выявлена острая и хроническая тошнота, причем которой больная и чувствовала тошноту, а затем и приступы рвоты с тех пор, как пор при встречах выговорила этих переживаний. Тошнота, по мнению больной, является реакцией на раздражения патогенными условными рефлексами. Эта условная рвотная реакция постепенно становится все сильнее и в итоге становится рабильными для нее из-за постоянного выговора этих переживаний. Больная направлена терапевтами в невропсихиатрический диспансер. Разъяснительная психотерапия не дала эффекта, но последующие четыре сеанса внушения во внушенном слове устранили тошноту. Находились под наблюдением в течение 7 лет, рецидивов не было.

Как известно, у некоторых лиц рвотная реакция может быть вызываемая путем соответствующего внушения, сделанного как в бодрствующем состоянии, так и в состоянии сна. Получая этим достаточно сильным раздражителем внушение, человек начинает у себя вызывать тошноту, которую он может вызвать и в бодрствующем состоянии. С этим мы имеем дело, когда человек, находясь в бодрствующем состоянии, внушает себе тошноту, вызывая и у себя тошноту. Это является отрицательной условнорефлекторной реакцией на данный раздражитель, причем, как мы знаем, эта реакция возникает и усиливается, создавая достаточно востановление, которое является

Говоря о том, каким образом можно вызвать тошноту спазмами и пилороспазмами, так же должна быть приложена психотерапия (как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном слове).

Следует отметить, что одним из объективных признаков реализации внушенной тошноты может служить реакция со стороны пульса. На рис. 65 и 66 приведена картина реакции со стороны пульса и со стороны дыхания.

Объективными являются и наши рентгеноскопические данные: внушенное ощущение тошноты вызывает повышение тонуса желудка в целом, поднятие его вверх и антиперистальтические движения. Создается впечатление, что вот-вот желудок выбросит содержимое через пищевод наружу.

Аналогичные явления наблюдали и наш сотрудник А. Е. Бреслав при внушении тошноты рентгеноскопически обнаруживается резкое тотальное сокращение желудка, до полного выпадения тени всей каудальной части желудка, так что бариевая масса поднимается до верхней его части. В другом случае при внушении тошноты наблюдалось ослабление перистальтики и небольшое тотальное сокращение тела желудка (предвестник рвоты). В третьем случае при внушении подступающей рвоты наступило заметное спастическое уменьшение объема желудка, а верхний уровень бариевой массы поднялся вверх на 5—6 см.

Как показала исследования С. П. Иоффе (1942), выполненные под нашим руководством, оказалось возможным путем внушения познать

на рвотный центр и в противоположном направлении: рвота, вызванная подкожной инъекцией 1 мл 0,5% раствора апоморфина, подавлялась или предупреждалась соответствующим словесным внушением. Приводим некоторые его данные.

1. Наблюдаемому К., находящемуся в бодрствующем состоянии, подкожно введен 1 мл раствора апоморфина. Через 4 минуты появилось общее беспокойство, тошнота и сильная рвота, через 6 минут беспрерывная рвота, длившаяся в течение одной минуты. На 10-й минуте наступил полное успокоение.

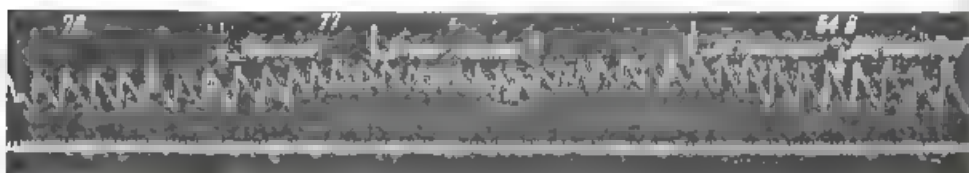


Рис. 65. Изменение пульса после словесного внушения в гипнозическом состоянии: «Не тошнит, все со мной!». Цифры вверху означают число пульсовых колебаний.

Через 4 дня исследуемому введена подкожно та же доза апоморфина. Через 3½ минуты появилась сильная тошнота, рвота и общее беспокойство. Сразу услышав, во внушенном сне внушено: «Тошнота и рвота пре-

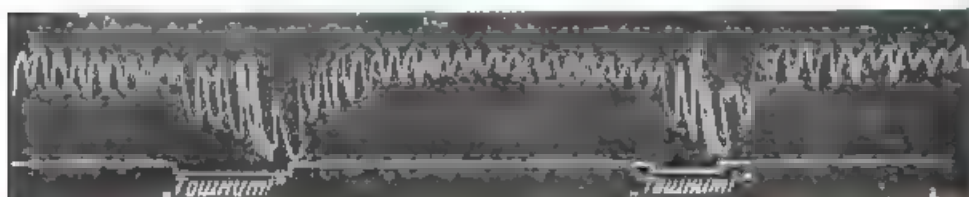


Рис. 66. Реакция дыхания во внушенном сне на словесное внушение «Тошнит».

кратились». Находился во внушенном сне в течение 15 минут. Проснулся без чувства тошноты, без позывов на рвоту, после прекращения тошноты и рвота не возобновлялись.

Проведенные исследования свидетельствуют о возможности влияния с помощью словесного внушения на состояние и деятельность рвотного центра. Кроме того, исследованиями с применением апоморфина подтверждается возможность устранения путем словесного внушения также неусловной рвоты и притом не только условнорефлекторной, но также безусловной как экзогенной, так и эндогенной. Такова, например, рвота, возникающая после химического наркоза в послеоперационном периоде, а также рвота при токсикозах беременности, о чем речь будет идти дальше.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭНДОКРИННЫХ И ЭКСКРЕТОРНЫХ ЖЕЛЕЗ

Как известно, кора мозга оказывает свое воздействие также на состояние и деятельность эндокринного аппарата. Установимся на рассмотрении вопроса о возможности влияния с помощью слова на состояние эндокринной системы.

Прежде всего необходимо отметить часто встречающиеся случаи психогенной формы гипотиреоза различной тяжести. Нередко в таких случаях врачи, игнорируя возможность психогенной, безрезультатно применяют различные виды симптоматического лечения, иногда даже хирурги-

свое имущество. Между тем психотерапия в этих случаях может принести существенную пользу.

Начнем с рассмотрения весьма тяжелого гипертиреозного состояния, наблюдавшегося нашей сотрудницей В. А. Копиль-Лавиной в 1934 г. Этот случай убедил нас в возможности психогенной формы заикания, — гипотетическим методом лечения которой является психотерапия.

Больная В. — 35 лет, по гистопатологическим данным страдает формой гипертиреоза, с явлениями тяжелой миотоксикации и реального истощения (выраженный базедов синдром). Срочно стационарирована в хирургическую клинику, назначена на операцию. Однако осуществить операцию не удалось вследствие крайнего волнения больной перед предстоящей операцией, двигательным возбуждением и «страхом смерти на столе». Для успокоения нервной системы направлена в клинику неврозов, где находилась в течение 6 недель. Разъяснительная психотерапия и физиотерапия оказались безрезультатными. Больная, вследствие нарастающего ухудшения, направлена в психоневрологическое отделение диспансера для подготовки к хирургическому вмешательству.

При исследовании обнаружено резкое истощение, слизистая оболочка губ и концы пальцев цианотичны, значительное увеличение щитовидной железы, выраженные явления декомпенсации сердца, тахикардия (130—150 ударов в минуту), значительно выражено пучеглазие, блеск глаз, положительные симптомы Граффе и Мебиуса, усиленный гипергидроз. Артериальное давление 140/50 мм, основной обмен повышен до 120%. Больная эмоционально-лабильна, тревожно угнетена, считает себя безнадежно больной. Начала лечение 10 июля 1934 г., когда впервые появились боли в области сердца, сердцебиения, субфебрильную температуру, затем, со времени потери дочери, иррадиацию передней части шеи, повышение жидкости и потоотделения, причем эти симптомы быстро нарастали. Вследствие этого переведена на инвалидность второй группы и направлена на хирургическое лечение в Ленинградский госпиталь.

Применялась психотерапия в сочетании с последующим сном-отдыхом, сеансами внушения общего сна-отдыха (в амбулаторных условиях), началась работа по борьбе с страхом, введением психоделикса в связи с ослабленным болезнью тонусом коры головного мозга. Больной было внушено спокойное отношение к пережитому, уверенность в выздоровлении, хороший ночной сон, отсутствие необходимости в операции и т. п. В начале лечения пульс замедлялся до 90 ударов в минуту, оставаясь замедленным до 110 ударов и в постгипнотическом состоянии. После 3-го сеанса больная отметила улучшение общего состояния, ночной сон стал спокойным и глубоким, улучшилось настроение. Заявила, что у нее «появилась надежда на выздоровление». После 6-го сеанса резко уменьшилась одышка, наступило общее успокоение: «Готова даже лечь на хирургический стол, если это понадобится!» После 9-го сеанса отмечено уменьшение пучеглазия и окружности шеи на 2 см, пульс 80—90 ударов в минуту.

Всего проведено 15 сеансов с последующим внутренним сном-отдыхом (по 1—1½ часа) после каждого сеанса. В итоге был устранен весь симптом-мокомплекс, газообмен и температура нормализовались, значительно уменьшилась щитовидная железа. Больная прибавила в весе на 4,5 кг. Через 6 месяцев после лечения общее состояние хорошее, с работой вполне справляется, жалоб нет, щитовидная железа не увеличена. В течение последующих 3 лет больная «практически здорова, к врачам не обращается».

В том же направлении наблюдался аналогичный случай резко выраженного психогенного гипертиреоза у мужчины 39 лет, излеченного также в домашних психотерапии.

Для стабилизации состояния больного в восстановке специальных и следовании предложенных больным сотрудником М. И. Карпур в более широком масштабе, и имели целью выяснить значение психотерапии в лечении гипертиреоза и возможности применения при этом психотерапии.

Приводим случаи влияния внушения при двухлетней фиксации и др. критично в стационарной системе.

2. Больной Н. 16 лет, обратился с жалобами на приступы безотчетного страха и сумерки, доходившего до ужаса. В течение последнего времени: тоска, депрессия, общая слабость, абсолютная неспособность, по ночам также бессонница (спит может только днем, да и то плохо). Амбулаторное лечение (препараты йода и йодуровые обтирания, гальванизация позвоночника, массаж ирригации), так же как и психотерапия убеждением, не дали никаких результатов. Столь же безуспешным оказалось лечение гипотензивными препаратами. Через 2 месяца после начала лечения состояние больного ухудшилось, появились суицидальные мысли, непереносимость плача «от тоски», снова гипотензивным возмущил мать и соседей, которые просят «куда-нибудь его перевести».

Применена гипнотическая терапия. С 1-го сеанса по 7-й была вызвана только сонливость, при этом отсутствовало страха и тоска, спокойствие, сон по ночам. Все явления стали более слабыми, хотя и исчезла, бессонница же продолжалась попрежнему. После 8-го сеанса впервые наступил короткий сон, достигавший мучительного для больного. В течение последующих сеансов настроение, жизнерадостность, восстановление работоспособности. Было проведено 11 сеансов. Больной оставался под наблюдением в течение года. Рецидивов не было (наблюдение В. А. Матвеев, 1949).

Ввиду совпадения начала заболевания с развитием признаков пубертатного периода можно предположить связь возникшего функционального нарушения высшей нервной деятельности с этим периодом развития организма. Это наше предположение основывается на высказываниях по этому поводу А. И. Иванова-Мельникова (1949), который касаясь условий развития патологических состояний высшей нервной деятельности, говорит, что по данным гальванской школы, отчетливые и обычные бытовые проявления и вполне обратимые изменения высшей нервной деятельности наблюдаются при эндокринно-vegetативных перестройках чисто физиологического и не патологического характера. Данные случаи, по нашему мнению, может быть отнесены именно к этой категории.

Здесь же следует отметить, что в патогенезе болезни Деркума также может лежать психогенный. Приводим картину развития болезни Деркума, наблюдавшуюся у И. З. Вильковским в амбулатории психиатрической больницы. Эти болезни также были успешно устранены психотерапией.

3. Больной Н. 35 лет, подвергся запавению, перенес побой, был под угрозой лишения жизни. От тяжелых переживаний через несколько дней после смерти спустя некое время у него развилась типичная картина болезни Деркума с множественными отдельными приступами и с социальными и личными болезненными явлениями складками. Было применено психотерапевтическое лечение во внушении (снот), причем внушения были направлены на общее успокоение, устранение картины нападения, устранение бессонницы, устранение тревоги и страха, это привело к успокоению, полному восстановлению сна, значительному уменьшению аппетита и полному исчезновению болезненности жировых складок и лица.

Таким образом, нарушения корковой динамики, обусловленные пере-
напряжением основных корковых процессов, интоксикацией, истощением
и рковых клеток и т. п., могут проявиться в виде тех или иных эндоген-
ных нарушений, устранение которых в свою очередь может быть достиг-
нуто путем словесного воздействия, направленного на устранение имею-
щихся нарушений корковой динамики.

Как известно, деятельность молочных желез весьма сильно под-
вержена воздействию психических факторов со стороны коры головного мозга. Не под-
лежит сомнению, — говорит В. М. Бехтерев (1906), что выделение молока
находится под влиянием корковых импульсов». В частности, он приводит
наблюдения, когда молоко выбегало струей из грудных сосков исклю-
чительно только под влиянием соответствующих психогенных моментов». При
этом, по его словам, «психические явления, сопровождающиеся
приятным самоощущением, способствуют большему нарушению молочных
желез и более обильному отделению молока, тогда как аффекты проти-
воположного характера приводит к уменьшению отделения молока, психи-
ческие же психические влияния в виде испуга даже совершенно прекра-
щают отделение молока». Так, в опытах М. П. Паникина (лаборатория
В. М. Бехтерева), поставленных на овцах в период лактации, при кино-
графической регистрации каналь молока (при помощи введенных в про-
токи молочных желез стеклянных канюль) было установлено, что при
нанесении болевых раздражений, так же как и при чрезвычайных звуко-
вых или звуковых раздражениях (вспышка молнии, выстрел из ружья),
отделение молока прекращалось. Наоборот, вид и голос агнелка тотчас же
вызывали усиленное отделение молока.

Имеются указания на то, говорит В. М. Бехтерев, что «не только ко-
личество, но и качество молока подвергается изменению под влиянием
психических моментов, особенно же под влиянием угнетенного на-
строения».

Далее хорошо известно, что в послеродовом периоде женщины очень
часто беспокоит малое количество молока, недостаточное для кормления
ребенка, а иногда и полное его отсутствие, иногда же, наоборот, молочные
железы резко нагрубают, что сопровождается сильной болью и может при-
вести к невозможности нормального кормления.

Естествен вопрос, можно ли оказывать воздействие на состояние лак-
тации путем соответствующего словесного внушения.

Как показывает клиническая практика, таким путем, действительно,
можно вызывать изменение деятельности молочных желез в сторону как
гиперлактации, так и гиполактации или даже полного прекращения лак-
тации. Приводим два характерных наблюдения, сделанных нами совместно
со с К. И. Лавровой.

1. Больная Н., 36 лет, стационарирована по поводу радикулита. Во
время кормления грудью 3-месячного ребенка получала неприятное из-
вестие, сильно возбуждалась, потеела, аппетит и сон, много плакала. На
следующий день заметила резкое уменьшение молока; при надавливании
на молочную железу молоко едва выделялось отдельными каплями. Бес-
покойство за ребенка и обострившиеся боли еще больше ухудшили состоя-
ние больной. Развилось тревожно-угнетенное состояние с навязчивы-
ми мыслями депрессивного характера. Несмотря на уверения мужа, что
с его увольнением произошло недоразумение и что он восстановлен на
работе, она не успокаивалась. Разъяснительная психотерапия также не
дала результата. Проведено три сеанса словесного внушения во вну-
шенном дремоте соответствующего содержания, после чего больная со-
вершенно успокоилась, причем восстановилось и нормальное отделение
молока.

2. Больная Б., 26 лет, доставлена в больницу наречтой скорой помощью по адресу: ~~р. ... и ...~~ У больной 3 месяцы грудного вскармливания, которого она кормит только правой грудью, так как страдает маститом левой молочной железы, по поводу которого была дважды оперирована. После второй операции, прошедшей при сильном волнении, общее состояние больной резко ухудшилось: появились навязчивые мысли о смерти, «беспричинная тревога», безотчетное стремление куда-то идти, вследствие чего было решено прервать кормление грудью. Однако прекращение кормления грудью и тугая повязка в течение 2^{1/2} недель не уменьшили количества отделяемого молока из здоровой молочной железы.

При поступлении больной левая молочная железа воспалена, отечна и резко болезненна при пальпации. На месте разрезов два свища.

Применена психотерапия в виде мотивированного словесного внушения до глубокой дремоты. Акушерское успокоение и прекращение лактации. На следующий день после первого сеанса выделение молока уменьшилось, причем впервые в течение почти повязка была сухой. Под влиянием последующих сеансов внушения свищи быстро зажили и прекратилось выделение молока из обеих молочных желез. Больная выписана в хорошем состоянии.

Добавим к этому, что нам пришлось наблюдать у одной больной 32 лет непрекращавшееся 4 года после родов обильное выделение молока из обеих молочных желез, обусловленное перенесенными ею во время родов тяжелыми переживаниями семейного характера. В течение 4 сеансов психотерапии во внушенном сне (внушение полного успокоения, забвение пережитого ею во время родов и пр.) это заболевание было устранено.

Все это является иллюстрацией, с одной стороны, расстройств функции молочных желез под влиянием неблагоприятных второстепенных воздействий и отрицательных эмоций, а с другой — положительной эффективности психотерапии, проведенной во внушенном сне. Психотерапия оказалась успешной при двух противоположных по своему характеру расстройствах функции молочных желез: с одной стороны — чрезмерно усиленном выделении молока, с другой — недостаточном, что и устранено. Выделение было прекращено.

Наблюдений такого рода имеется довольно много. Большая работа проведена в этом направлении В. И. Здравомысловым (1949). В последнее время с большим интересом изучаются расстройства менструации и выделения М. И. Минюшиным (1954).

Как известно, путем внушения словом, проводимого в бодрствующем состоянии, а в некоторых случаях, можно так устранить маточные кровотечения по психическому характеру, так и вынужденных маточные. Этот факт уже давно известен еще Н. Н. Корсакину (1884).

Приведем примеры устранения психогенных меноррагий путем словесного внушения.

1. Больная М., 18 лет, обратилась с жалобами на удлинившиеся менструации, которые в последующем перешли в постоянные и упорные кровотечения. Проведенные мероприятия, вплоть до дефлорирования и проб и операций, безрезультатны. Путем анамнестической беседы было установлено наличие тяжелых переживаний семейного характера, что и привело к возникновению меноррагий. Проведено три сеанса психотерапии во внушенном сне с соответствующими внушениями, что привело к устранению меноррагии и дало возможность урегулировать в дальнейшем нормальную менструальную деятельность (наблюдение П. П. Источкина 1949).

2. Больная Г., 35 лет, страдает в течение 3 лет упорным и сильным маточным кровотечением, сопровождающимся и резкими болями. Безре-

это лечение и рьян клиник, улучшение наступало каждый раз, а применяя какой-либо новый вид лечения, он говорил: «Это вам не надо, но затем заболели снова и принимало прежний характер». Снаконец на курорт лечивший врач ей сказал: «Месяца через 4 вам будет лучше, но это заболевание настолько тяжелое, что один курс курортного лечения вам не поможет, нужно приехать на следующий год!» И действительно через 4 месяца наступило облегчение, но лишь на 1½ года, а затем снова ухудшилось, с резким усилением болей в животе, которые к тому времени прогрессировали: крайние обильные кровавые выделения, резкие позывы, ритмичный 360 мм рт. ст., температура 26°. В связи с этим врачи предложили немедленно произвести экстирпацию и ампектомю. По совету своего лечащего врача обратилась к психотерапевтическому диспансеру.

Анамнез показал, что 3 года назад во время менструации она ехала по пещерам на подполье, и тогда же возникла переполненная жидкостью, причем ее сильно тревожила мысль: «Можно застудить мой живот!». На вторую ночь после этого менструация перешла в сильное течение с резкими болями. С тех пор кровотечение не прекращается.

Применена психотерапия в легком драматическом состоянии, сделаны выводы: «Вам не нужно бояться, раздвигая страхи тревоги и самовнушения, и все это у вас прямо окончательное, кровотечения нет, боли нет, и будет все хорошо!». Через 3 недели, как говорила больная, она почувствовала себя совсем другой: боли нет, исчезло давление внизу живота, ощущается какая-то пустота и легкость. Самостоятельно опираясь только на себя и ноги, как она сама потом говорила, «чем дальше тем легче», сама поднялась на 5-й этаж, чего с начала заболевания без помощи врачей делать не могла. Кровотечения и боли прекратились, а тот же день непосредственно после сеанса внушения. Через 1½ месяца, чувствуя себя вполне здоровой, поехала в Крым и на Кавказ, где совершала прогулки по горам; менструация приняла нормальное течение. Наблюдается под наблюдением 6 лет, менструации нормальные, переживания, неприятности и огорчения на них не отражаются (наблюдение Н. В. Варен).

Таким образом, в данном случае все описано один сеанс психотерапии потребовался для того, чтобы радикально устранить тяжелое заболевание, характерное для психогенной, во многом связанной с трансом и мистическим характером психического, принадлежащего к сильному варианту слабого общего типа нервной системы.

Достаточно хорошо известна *исчужающая рвота беременных*, обычно прекращающаяся лишь с прерыванием беременности, а иногда, если своевременно не оказана помощь, приводящая к летальному исходу. Эта весьма мучительная истощающая рвота, наряду с другими тягостными симптомами, заставляет акушеров выкидывать самые разнообразные способы сохранения беременности. Но нет ни одного фармакологического средства, которое было бы в этих случаях вполне эффективным. Из этого вытекает необходимость того, чтобы при лечении этого тяжелого состояния применялись не только, но и в первую очередь психотерапевтические методы.

Наблюдавшиеся спорадические случаи успешного лечения рвоты беременных словесным внушением заставляют многих исследователей считать эти явления психогенными. Следует отметить, что возможность оказывать психическим путем влияние на соматические процессы до последнего времени априорно отвергалась.

Наши многолетние наблюдения говорят о том, что из всех методов консервативного лечения словесное внушение является при этом страдаль-

единственным средством, в противном большинстве случаев вызывающим прекращение рвоты, но и других сопутствующих тяжелых явлениях со стороны желудка по статистическим данным. Так, как этому виду терапии рвоты беременных до сих пор должного значения не придавалось, мы считаем необходимым привести не только типичных примеров положительного воздействия, оказываемого в этих случаях внушением словесным и внушением дремотном состоянии с последующим длительным внушением отдыхом в гипнотическом сне.

Первый положительный эффект словесного внушения при тяжелой рвоте беременной наблюдался нами еще в 1912 г.



Рис. 67. Схема эффективности гипнозотерапевтической терапии токсикоза у беременной А.

1 — спяточечные, 2 — самоочувствие больной (подъем кривой обозначает улучшение), стрелка — начало гипнозотерапевтической терапии.

Психотерапия успешно применялась нашим сотрудником М. О. Пайкиным (1930), нами совместно с Ф. Б. Цепкинской и Р. Я. Шлифер (1930, 1936, 1941, 1949) и акушером И. Т. Цветковым (1941). Это заставило нас уделять методу лечения рвоты беременных внушением большое внимание и настойчиво проводить его в жизнь.

Приводим наиболее показательные из этих наблюдений, иллюстрируя их соответствующими схемами.

1. Беременная А., 30 лет, с весьма тяжелым и упорным спонотечением; 7-я неделя двенадцатой беременности, последние восемь беременностей прерваны из-за спонотечения, так как никакие лечебные мероприятия не достигали цели. Первый сеанс гипноза, проведенный в дремотном состоянии, дал значительное облегчение. (Следующие два сеанса прекратили саливацию, параллельно уменьшению которой улучшалось и самоочувствие. Родила в срок (рис. 67) (наблюдение М. О. Пайкина).

2. Больная Б., 27 лет, обратилась в диспансер на 8-й неделе третьей беременности (две первые прерваны из-за спонотечения и спонотечения и рвоты). Непрерывное спонотечение днем и ночью, рвоты около 10 раз в сутки, слабость, истощена и совершенно беспомощна.

Приведена в дремотное состояние, в котором ей сделано внушение о прекращении рвоты. Эффект получен положительный: выделение слюны сильно уменьшилось и до утра следующего дня рвоты не было. На следующий день рвоты была около 20 раз, но самоочувствие заметно улучшилось. После следующих сеансов рвоты и спонотечение совершенно прекратились, появился аппетит. На 5-й день после начала лечения больная вышла на работу. Итого: спонотечение и рвота прекратились, больная спала на своей кровати, а после родов была выхаживана в течение 10 дней, так как рвота и спонотечение были настолько сильными, что больная перестала есть и пить, рвоты в ту же ночь прекратились, а

не с словесного внушения прекратил ее. Как мы видим, в данном случае это место рвотный условный рефлекс, связанный с определенной ситуацией, при которой заболевание развилось и упрочилось (рис. 68).

Остановимся на весьма показательном случае, когда положительный эффект был связан также с психотерапией.

3. Больная А., 22 лет, беременна второй раз (первая беременность из-за рвоты прервана, и она началась на 6-й неделе, а к 16-й перешла в тошноту). В результате стационарного лечения рвоты, а также психотерапии, хлоралгидрат, что дало некоторое улучшение, а в дальнейшем как будто и положительный результат. Но общая слабость и отвращение

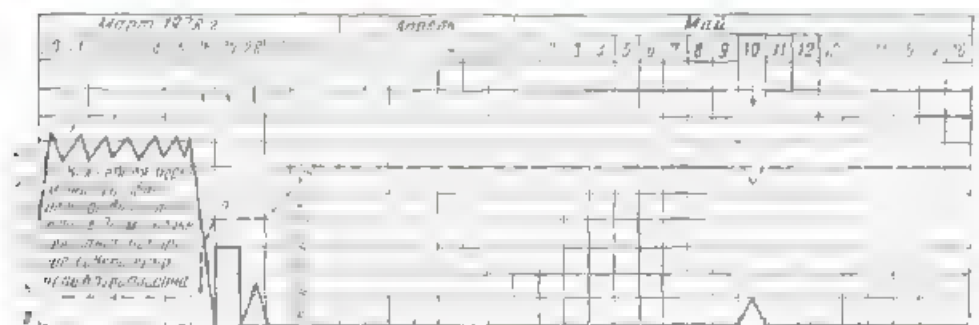


Рис. 68. Схема эффективности гидросульфидной терапии нединократной рвоты у беременной Б.

1 — частота рвоты в сутки; 2 — самочувствие больной (пунктир — улучшение).

к еде, по словам больной, не покидали ее. После выписки из больницы снова рвота (до 30—40 раз в сутки, днем и ночью), то же отвращение к еде. Фармакотерапия безрезультатна: больная не покидает постели, частые обморочные состояния, прогрессирующее исхудание. Один из акушеров предложил прервать беременность, назначена операция. По совету другого акушера муж больной обратился за психотерапевтической помощью.

Накануне операции проведен первый сеанс психотерапии: вызвано состояние покоя, а затем и дремоты. Применена следующая формула внушения: «Вы отдохнете, рвоты больше нет, можете есть все, к пище отвращения нет, наоборот, есть влечение, она вызывает у вас аппетит, съеденная вами пища удерживается, у вас имеется уверенность в сохранении беременности и в том, что роды пройдут благополучно! Итак, рвоты больше нет, самочувствие хорошее, кушаете все с большим удовольствием!» По пробуждении — хорошее самочувствие, с видимым удовольствием больная съела два бутерброда и немного бульона. В этот день рвоты не было, принимала пищу, самочувствие весь день было удовлетворительным. В дальнейшем в дни сеансов опущения рвоты не было, нарастал аппетит, увеличивалось количество съедаемой пищи, улучшалось общее самочувствие. В другие дни, когда сеансы внушения не было, рвота возникала только при попытке есть.

Интересно отметить результат случайной трехдневной паузы в психотерапии: больная тревожна, в течение дня каждая попытка принять пищу вызывает рвоту, ночью плохо спит из-за боязни возобновления рвоты. Наконец, снова проведен очередной сеанс внушения, после него рвоты не было, больной стало легче спать. В течение дня, когда сеансы внушения не было, рвоты не было, больной стало легче спать.

тошноты навсегда. Рвота прекратилась, самочувствие хорошее. В начале следующего месяца эпизоды рвоты бывали один раз по утрам; самочувствие и аппетит хорошие. По настоянию мужа в конце месяца был пропущен еще один сеанс внушения, окончательно прекративший рвоту. Родился в срок. Следует отметить, что имевшийся в моче адонтопический тест исчез на 5-й неделе после начала психотерапии. Как мы видим, психотерапия дала положительный эффект, сохранив беременность и устранив необходимость в хирургическом вмешательстве (рис. 69).

Эти наблюдения свидетельствуют о возможности эффективного воздействия внушением не только на психогенные расстройства, но и на нормальные эндокринно-вегетативные перестройки, происходящие в организме беременной. Добавим, что такой же эффект терапии токсикозов беременности наблюдал В. И. Здравомыслов (1930, 1938).

Обычно принято думать, что если внушение словом устраняет данное нарушение (например, неукротимую рвоту беременной), то это значит, что последнее является психогенным. Однако мы с сотрудниками наблюдали около 115 беременных с эндокринно-вегетативными синдромами различной сложности и с хроническим гиперкинезом (Е. А. Воробьева), причем последние 10 лет, начиная с 1938 года, рвоты вызывали у 81% беременных. Акушер М. Б. Гилевич (1949) за 16 лет применил гипноусугубительный метод у 100 беременных с токсикозом, вызывая тем самым, как свидетельствуют наблюдения, у 90%. При этом во всех случаях, когда никакая психогенная установка не была установлена, отмечалось явное преимущество психотерапии и безрезультатность медикаментозной.

Таким образом, с помощью словесного внушения оказывается возможным вызвать различные формы адаптации и перестройки организма. Вне сомнения, этим путем не только устраняются патологически прочно зафиксировавшаяся рвотная реакция и другие сопутствующие ей симптомы, но и создаются в организме беременной глубокие биохимические сдвиги.

С. П. Иоффе (1941) в своей кандидатской диссертации сделал первые шаги для объективного доказательства сдвигов в обмене веществ при токсикозах беременности, действительно происходящих под влиянием словесного внушения соответствующего содержания во внушенном слове. Так у 10 наблюдаемых им больных с токсикозами беременности исчезла в процессе лечения гипогликемия, причем ослабление ее началось уже после одного-двух сеансов психотерапии. Все это еще раз свидетельствует, что происходящие в организме человека биохимические процессы, как и веро-гормональные соотношения, регулируемые корой головного мозга, могут быть изменены путем словесного воздействия.

ДЫХАНИЕ, КЛОВООБРАЩЕНИЕ, КОЖНАЯ ТРОФИКА

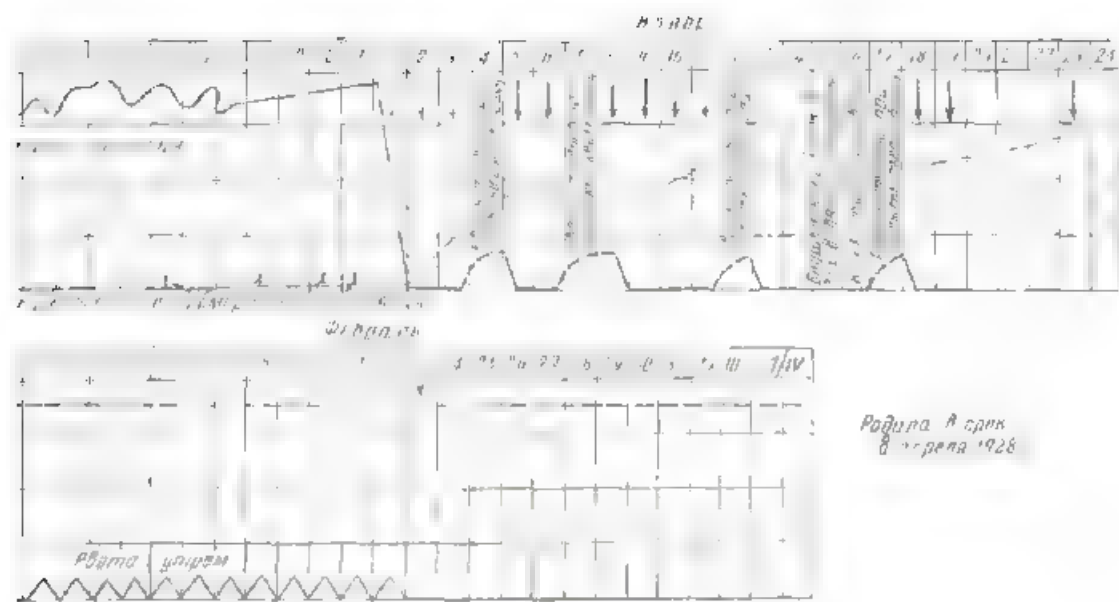
Работы сотрудников К. М. Быкова, а также наши наблюдения (1936) показали, что функция дыхания также изменяется и регулируется механизмом условного рефлекса, причем в этом случае возможно образование прочно зафиксированных динамических структур. Их функциональный характер и условнорефлекторная природа с полной очевидностью доказываются успехом воздействия на них словесного внушения.

Так, по данным Д. Э. Штейнмана и М. И. Кесслерского (1938), а также Н. М. Бритвава (1940), путем словесного внушения во внушенном слове удается вызвать различные формы периодического дыхания, что может иметь значение для выявления генеза расстройств дыхательного ритма.

¹ См. нашу работу в сб.: Проблемы корково-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, 1949.



Рис. 69. Схема эффективности гипносуффляжной терапии неукротимой рвоты



рвыты у баремевной А. Обозначения те же, что и на рис. 88

эмоциональную лабильность, появившиеся 8 лет назад после получения большим на фронте контузии. При волнениях приступы удушья повторялись по 3—5—7 раз в сутки, причем такое состояние продолжается в течение 1—1,5 мес.

Больной в начале приступа сам вводит себе 0,5 мл адреналина, 1 мл кофеина или 2 мл камфоры, после чего на некоторое время приступы прекращаются, однако дыхание остается тяжелым (затрудненный выдох, постоянные хрипы). Объективно: в легких при перкуссии — коробочный звук, при аускультации — жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, подвижность нижних краев легких ограничена. Данные рентгеноэлюиди легких эмфизематозно расширены, гипюсы тяжистые, широкие, плотные, справа небольшая сердечно-диафрагмальная спайка.

Проведен сеанс внушения словом в бодрствующем состоянии, после которого больной почувствовал некоторое улучшение. Стало легче дышать, появилась вера в выздоровление. Следующий сеанс, проведенный во внушенном сне, продолжался в течение одного часа. Сделано внушение: «Приступы бронхиальной астмы совершенно прекратились». Через два суток проведен еще сеанс. Общее состояние хорошее, причем после первого же сеанса, проведенного во внушенном сне, приступы бронхиальной астмы совершенно прекратились. Последующими тремя сеансами, проводившимися во внушенном сне, положительный лечебный эффект был закреплен. На протяжении всего последующего пребывания больного в санатории приступы астмы ни разу не появлялись, исчезли хрипы, дыхание стало совершенно свободным, исчезли боли в суставах и повышенная раздражительность, появилось жизнерадостное настроение, прибавил в весе 3 кг; выписан в хорошем состоянии (наблюдение Н. А. Жукова, 1952).

Данный пример не лишен тем, что длительное разнообразное амбулаторное и стационарное лечение [подсадки печени и селезенки по Румянцеву, новокаиновая блокада по Вишневскому, инъекции аллоэ 2 раза в день (всего 60 инъекций), трифедрин, антастман, адреналин с кофеином и камфорой, сухие банки и т. д.] не давали положительного лечебного эффекта. Это время как первый же сеанс словесного внушения во внушенном сне все приступы бронхиальной астмы совершенно устранил. Как мы видели, психогенное заболевание врачами в данном случае учтен не был и применявшаяся ими симптоматическая терапия не давала эффекта.

Заслуживают внимания наблюдения П. К. Булатова и П. И. Булы (1953), которые вызвали типичный приступ бронхиальной астмы у больных астмой путем соответствующего внушения во внушенном сне. Такой приступ сопровождался всеми присущими ему андокринно-вегетативными проявлениями. Обратным внушением вызванный таким способом приступ тотчас же устранился.

Таким образом аллергические заболевания и в том числе бронхиальная астма, представляющие картину упрочившегося патологического условного рефлекса, достаточно хорошо поддаются гипносуггестивной терапии. Показателю, это обусловлено тем, как отмечает Ю. П. Фролов (1959), легкие, обладая богатой иннервацией, «служат своего рода экраном, на котором процируются сложнейшие мозговые процессы». Как и все другие внутренние органы, легкие также могут участвовать в образовании условно-рефлекторных связей. В связи с этим временным влиянием и может, по данным Ю. П. Фролова, при определенных условиях формироваться патофизиологический механизм, лежащий в основе бронхиальной астмы. По словам Ю. П. Фролова, принадлеж бронхальной астмы — это «патологический условно-рефлекторный рефлекс, при котором создаются устойчивые отношения в коре головного мозга», возникновение которого может

Это обусловлено тем, что два очага возбуждения, возникающие одновременно и в коре мозга, и в центре регуляции тонуса бронхов, совпадают друг с другом во времени. По закону условных рефлексов между такими очагами образуется временная связь.

По Л. Л. Васильеву и М. В. Черноруцкому (1953), в основе патогенеза бронхиальной астмы лежат возникновение патологической доминанты в нервных центрах, регулирующих мышечную и железистую функцию бронхов. Очевидно, этой подкорковой патологической доминанте отвечает соответствующий корковый «большой пупок». Если на полнокровную патологическую доминанту могут оказывать свое воздействие фармакологические препараты и физиотерапевтические средства, то на корковый большой пупок должна влиять психотерапия. Соответственно этому и сам приступ бронхиальной астмы может возникнуть и как условный рефлекс на внешние и внутренние патогенные раздражения первой или же второй сигнальной системы.

То, что дыхательная функция имеет свое корковое представительство, следует из работ лаборатории К. М. Быкова (1927); его сотрудниками Г. П. Конради и З. В. Бебешинои были получены условнорефлекторным путем изменения в характере дыхательной вентиляции. Отметим также, что В. М. Бехтеревым (1907) была установлена возможность выработки дыхательного условного рефлекса у собаки.

Отсюда следует, что на этой основе легко могут создаваться условия для развития т. н. «спазма легких» таким же путем и является бронхиальная астма. При этом как подчеркивает К. П. Цетлов, фаза выдоха у человека особенно «перегружена» вследствие того, что на ней базируется вся регуляторная функция сердца. Именно поэтому причиной того, почему она и страдает в первую очередь. При этом клиническая картина заболевания нередко проявляется лишь через 6—7 месяцев после травмы. Естественно, что последствия могут сказаться в форме нарушения корковой регуляции любых исполнительных аппаратов, как и многих других соматических функций. В данном случае это выражается в нарушении тонуса гладких мышц бронхов.

Таким образом, мы видим, что одним из возможных результатов воздействия оказываемого на корковую динамику словесного внушения, может быть освобождение функций физиологически прилежащих отделов центральной нервной системы, причем это может быть достигнуто путем торможения вышеназванных отделов, в форме регулирующих их работу.

В литературе о внушении и гипнозе имеются многочисленные указания на возможность влияния с помощью словесного внушения на деятельность сердца, на состояние сердечно-сосудистой системы и, в частности, на возможность вызывать те или иные изменения в состоянии висцеродвигательного аппарата.

В качестве примера местного расстройства кровообращения, вызываемого путем прямого словесного воздействия, можно привести известный опыт Шарко, проведенный им в 80-х годах прошлого столетия: исследуемому, находящемуся во внушенном сне, в течение нескольких дней подряд внушалось, что его правая рука набухает, становится отеочной, делается толще другой, твердой, багровой и холодной. Действительно, через некоторое время правая рука исследуемого стала толще левой, сделалась твердой, багровой и температура ее поднялась на 3°.

И. Р. Тарханов (1881) приводит наблюдение, когда человек произвольно вызывал ускорение сердцебиения без изменения ритма дыхания. Массе (1887) удалось вызвать тахикардию, что обусловлено рефлекторно уменьшением объема предплюды вследствие сужения его сосудов, в то время как сосуды мозга расширяются. К. Нател (1889) показал, что

раздражение точки сердца, а также его раздражение в том случае, когда оно вызвано внутричерепной деятельностью. А. У. Гуреев (1918), а также Капеллярский, установил, что при неврозах состояние сосудов меняется под влиянием внушения словом. С. П. Боткин, так же как и И. Р. Тарханов, допускает возможность прямой связи между корой мозга и подкорковыми центрами, через которые реализуется влияние на ритм сердечной деятельности.

Возможность образования условных рефлексов на деятельность сердечно-сосудистой системы известна уже давно. Условный сердечный рефлекс впервые был получен Чалым (1914)¹ в лаборатории В. М. Бехтерева путем сочетания во времени болевого раздражения кожи (безусловный раздражитель) с шумом прерывателя индуктория. Позднее И. А. Васильев и В. А. Подерин (1930), используя электрокардиографический анализ, наблюдали условнорефлекторные симпатикотропные сдвиги. Баготропные помехи в деятельности сердца были получены условнорефлекторным путем Г. Н. Сорохтиным, К. Ю. Турелем и О. П. Мельчико-Сорохтиной (1934). Н. И. Красногорский (1935) наблюдал условнорефлекторную тахикардию и брадикардию у подростков.

В дальнейшем в лабораториях, руководимых К. М. Быковым (В. Е. Дедов, 1939; Е. Г. Петрова; Г. А. Самарин, 1942; Н. П. Левитин, 1947; К. М. Смирнов, 1940, 1941, и др.), были выработаны условные рефлексы на сердце и зарегистрированы электрокардиографически реакции на различные условнорефлекторные воздействия и фармакологические агенты (морфин, нитроглицерин, адреналин, строфантин и др.). Установив возможность воздействия через кору головного мозга на деятельность сердечно-сосудистой системы, К. М. Быков подчеркивает, что влияния коры мозга на сердце не ограничиваются его хронотропными и инотропными изменениями, а распространяются на весь миокард и проводящую систему. Кортикальные влияния на сердце понятны, как говорит Н. П. Павлов, сердце должно приспособляться ко всяким изменениям не только всего организма, но и каждого его органа.

Возможность воздействия с помощью слова на деятельность сердца и на функциональное состояние кровообращения изучалась также в лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского. Так, повышение артериального давления, выработанное у подростков Н. И. Козыным (1936) на звонок, в дальнейшем было им получено также на слово «звонок», произносимое не только экспериментатором, но и самим исследуемым. Аналогичные данные были получены И. И. Котляревским (1936) при выработке условной связи на сердце (феномен Даниэля Ашнера): замедление сердечной деятельности наступало не только в ответ на звонок, но и на словесный раздражитель — «брадикардия». Все эти факты указывают на участие коры мозга в регуляции кровяного давления и деятельности сердца.

Ниже приводятся наблюдавшиеся нами случаи стойкого положительного эффекта лечения словесным внушением некоторых функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы, в частности, пароксизмальной тахикардии.

1. Больной К., 46 лет, обратился с жалобами на приступы пароксизмальной тахикардии, которыми страдает в течение 19 лет, причем в день бывает по 10—15 приступов. Сильные промежутки бывают редко (по 10 дней). Пульс 100—150 ударов в минуту. Началось заболевание с вывихом, перенесенной 19 лет назад, причем первый приступ тахикардии длился 10 суток. В дальнейшем ангины всегда давали последующий

¹ Цит. по В. М. Бехтереву (1929)

14-дневный приступ тахикардии. В течение 7 лет приступ не было, с этого времени и приступы тахикардии также выходялись: стали короткими (по несколько минут) и редкими.

Во время Великой Отечественной войны перенес ряд психических травм. После войны приступы снова участились и стали длительными, за-
таиваясь до 10 дней. Медикаментозное лечение (адрен) было безрезультат-
ным. В последние годы приступы стали возникать во время чтения лекций,
что приводило к срывам. Отсюда возник и упорный страх чтения лекций,
что привело к состоянию крайней депрессии. Кроме того, развилась боязнь,
что «за срывы лекций его выкинут с работы». Таким образом, один страх
боролся с другим. Свое состояние больной характеризует как «мечущий
страх приступа», а отсюда и «настораживание и прислушивание к работе
сердца» и «неуверенность во всем». Ночной сон стал плохим: долго не
может заснуть, спит повышенной чутко, раздражителен, часто впадает в
тоску, работоспособность резко упала. Стационарирован в терапевтическую
клинику. Однако проведенное здесь лечение амбулаторных положительных
результатов не давало. Объективно: митральный порок (сужение и недоста-
точность), полная компенсация.

Нам была применена психотерапия. После 2-го сеанса внушения,
проводимого во внушенном сне, большие приступы прекратились, но страх
лекций держится, хотя «во время лекций приступ уже не возникает». После 6-го сеанса приступы сделались мимолетными, страх лекций исчез,
свободно читает лекции, ночной сон улучшился. Всего проведено 13 сеан-
сов, причем последними 3 сеансами полученный положительный эффект
лечения был закреплен. Наблюдался в течение 3 месяцев, катмиз поло-
жительный: резкое улучшение настроения, вернулась уверенность в себе
и «желание жить и работать». За это время прочел большую научную
конференцию, оформил две научные работы, лекции читает свободно, если
во время лекции возникают приступы, то и лекцию продо-
жает, но теряя
логичности изложения и способности владеть собой. Приступы мимолетны,
светлые промежутки по 2—3 дня. Полученные положительные сдвиги
подтверждены терапевтом (наблюдение Е. С. Каткова и Б. О. Сивухина).

В данном случае невротическое заболевание в форме пароксизмаль-
ной тахикардии возникало у больного, видимо, принадлежащего
к типу уязвимости к стрессу и к инфекционным заболеваниям и рядом психических травм. Силь-
ным воздействием заболевание было устранено: полностью восстановилось
здоровье, и больной вернулся к нормальной трудовой деятельности.

2. Больная Д., 38 лет, доставлена в отделение неврозов в тяжелом со-
стоянии, на волнах, с жалобами на приступы учащенного сердцебиения,
усиленную перистальтику кишечника, чувство озноба, дрожание рук,
навязчивый страх умереть во время такого приступа. Считает себя боль-
ной около 3 месяцев, заболевание связывает с оперативным вмешатель-
ством по поводу мастита: перед операцией сильно волновалась, первый
приступ возник вскоре после этих волнений, а в настоящее время при-
ступы возникают 2—3 раза в день. Из-за боязни, как бы приступы не
участились и не усилились, больная лежит неподвижно в постели, ее
кормят с ложки, предъявляет множество жалоб соматического характера.
Пелыми днями считает себе дульс, тяжело вздыхая, настроение подавлен-
ное. Первые дни пребывания в клинике настойчиво требовала сделать ей
инъекции камфоры или других сердечных средств. Разъяснительная пси-
хотерапия, проведенная в амбулаторном режиме, не оказала эффекта,
лишь успокаивала на 5—10 минут. После четырех сеан-
сов словесного внушения в дневном состоянии больной стала
фиксировать свое внимание на сердце, приступы проявлялись реже. Чала

вставать и ходить, включилась в трудовые процессы. После пяти сеансов выписана в удовлетворительном состоянии, причем приступы учащенного сердцебиения бывали один раз в 6—7 дней, отношение к приступам спокойное. Катамнез: здорова в течение 2 лет, работоспособна (наблюдение А. А. Сосединой).

Как мы видим, на этот раз невротическое состояние с приступами тахикардии возникло у лица, повидимому, принадлежащего к сильному и уравновешенному типу нервной системы, и развилось по механизму самовнушения, на почве страха перед хирургической операцией по поводу мастита. Пятью сеансами словесного внушения во внушенном сне это состояние было ликвидировано. В заключение приведем один пример тяжелого приступа психогенной тахикардии.

3. Больной З., 20 лет, лежит в постели в состоянии полной прострации, бледен, пульс 160 ударов в минуту, на вопросы едва отвечает. Причиной возникшего заболевания послужило тяжелое оскорбление, нанесенное ему товарищем, что привело сначала к длительному расстройству сна, а в дальнейшем — к возникновению упорной тахикардии.

Применена психотерапия: больной приведен в состояние внушенного сна и в этом состоянии сделано внушение полного успокоения и забвения пержитого случая. После пробуждения вполне спокоен, о нанесенной ему обиде говорит без волнения, реакции со стороны сердца не отмечаются, тахикардия прекратилась полностью. Полученный результат оказался положительным и прочным (наблюдение В. М. Кислова).

Так как кора мозга может влиять на нейро-гуморальные и обменные процессы, протекающие в кожных покровах, то, следовательно, возможно как образование психогенных нарушений кожной трофики, так и их устранение путем словесного воздействия на корковую динамику, т. е. с помощью прямой психотерапии.

Из давних наблюдений в этом направлении укажем на работу А. М. Зайцева (1934), который наблюдал у одного больного отечно-геморрагическое поражение кожных кровеносных сосудов, в результате которого возникла жидкостная опухоль. Эти явления имели психогенный характер и, по его данным, могли прекращаться (так же, как и вызываться вновь) путем словесного внушения во внушенном сне.

На возможность психогенеза некоторых кожных заболеваний в свое время указывал dermatолог Н. В. Пикладский (1910), отмечавший, что ряд кожных заболеваний, как, например, экзема, крапивница, псориаз, нервный зуд, может возникать под влиянием душевных волнений. Некоторые заболевания кожи, по мнению автора, могут образоваться также под влиянием внушения и самовнушения. По его данным, многие авторы, применяя для лечения этих заболеваний внушение и гипноз, получали положительные результаты.

В этом направлении большую экспериментальную работу провел дерматолог А. И. Картамышев (1938, 1942) с сотрудниками (И. И. Потоцкий, И. А. Жуков и др.), а также Н. Г. Безюк (1939, 1941). А. И. Картамышев и Н. Г. Безюк признают возможность психогенеза и успешной психотерапии ряда кожных заболеваний: экземы, кожного зуда и т. д. Они приводят большое количество примеров из собственной практики.

Джаррин (1912) отмечал возникновение под влиянием психической травмы стойких изменений вазомоторного, секреторного и трофического характера. Бюнеман (Вилеманд, 1925) считает, что в развитии некоторых форм кожных заболеваний играют роль психические моменты. Он полагал, что псориаз, экзема, фурункулез могут быть излечены путем психотерапии.

быть объяснены, главным образом, воздействием внешних и внутренних факторов, определяющих функционирование всего организма и его органов.

К нарушениям кожной трофики и тканевого кровообращения, возникающему под влиянием внешнего фактора, могут быть отнесены наблюдения для внешних факторов, случающихся после соответствующего воздействия на организм (например, путем погружения в горячую воду, удерживания предмета, например, монеты) очень горячая и обжигает кожу, даже если человек через 2-3 часа на месте прикосновения монеты констатируется волдырь, являющийся картиной ожога второй степени.

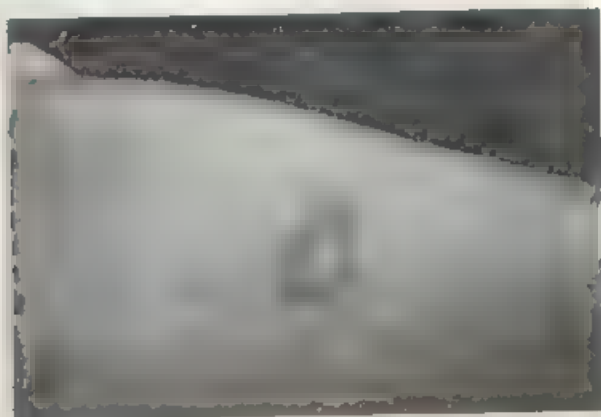


Рис. 71. Картина ожога II степени, полученного путем словесного внушения в гипнотическом состоянии.

Важно сказать, что эти данные в отношении предмета исследования являются отрывочными, и тем не менее, что в области гипнотического внушения (Н. Н. Поддубный, 1903, 1909, Д. А. Смирнов, 1909) и в области внушения (Д. А. Смирнов, 1909, 1910, К. Ф. Шулц, 1909, 1910) и др.

Н. Е. Никольский в своих лекциях 1911—1913 гг. приводит такой пример получения внушением ожога: на гипнотизированному проводят по руке кисть руки, держа в руке, и говорят, что это ему «сжигают руку», вскоре после чего на этом месте начинает развиваться воспалительный процесс, как раз по линии прикосновения холодной кисть руки к коже.

В результате этого явления нам лично пришлось убедиться летом 1927 г., когда В. Н. Феник (1928) в присутствии проф. М. В. Червова и проф. Н. Н. Петрова и ряда других лиц провел специальное исследование, которое все еще остается в силе и до сих пор.

После этого М. В. Червов, 3 лет, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.

После пробуждения за последующий М. был установлен внешний контроль со стороны одного из участников конференции. Согласно протоколу наблюдения, через 25 минут после указанного выше внушения и пробуждения от внешнего лица на месте «ожога» появилось разлитое

¹ Цит. по А. Моллю (1909).

покраснение кожи, через 55 минут отмечена припухлость, через $2\frac{1}{2}$ часа в центре участка «ожога» появилось белое пятно, а через $3\frac{1}{2}$ часа на этом месте образовался волдырь (рис. 71).

П. С. Сумбаевым (1948) были вызваны путем внушения во внушенном сне самые разнообразные кожные трофические расстройства: «ожоги», «отморожения», «острый отек», «высыпания», а также «пылеопылины».

Следует отметить, что В. А. Бахтваров (1928) описал случаи внушения во внушенном сне жимого удара, нанесенного по тыльной поверхности правого предплечья. Через несколько часов после этого на этом месте возник кровоподтек. Наблюдение было произведено в хирургической клинике Саратовского медицинского института в присутствии проф. Краузе.

В связи с этими исследованиями становятся понятными описанные в литературе «самопроизвольные» местные кровотокающие излияния, возникавшие у фанатиков так называемых стигматиков¹. Все эти явления вызвали к себе самое разнообразное отношение. Так, вызванная Е. Веббом (1910) путем словесного внушения сосудистая реакция была названа Гейером (Heyer) «поразительной». Все эти «слепоты», «поразительные» явления, вплоть до стигматических, получают свое объяснение в работах В. М. Бехтерева (1914), И. С. Цатовича (1916), В. М. Бехтерева и В. Н. Мясникова (1928) и, наконец, становятся вполне понятными в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

Итак, из всего приведенного нами материала видно, что кожная трофика также может быть подвержена влияниям через кору мозга путем словесного внушения, приводящим в одних случаях к возникновению дерматозов, облысений, волдырей и пр., а в других к их устранению.

¹ Стигматы — знаки. Этим словом обычно обозначают кожные симптомы, возникающие у некоторых лиц, страдающих истерическим неврозом. В литературе так принято называть местные подкожные кровоизлияния, появляющиеся во время религиозно-экстазного состояния. Лица, имеющие такие кровавые стигмы, назывались стигматиками.

ГЛАВА XII

СЛОЖНЕЙШЕ БЕЗСЛОВНЫЕ РЕФЛЕКСЫ

Инстинкты, как показывает подробный анализ, — те же самые рефлексы, только обыкновенно несколько более сложные в их составе.

И. П. Павлов

ИНСТИНКТЫ

Возможно ли путем словесного внушения оказать прямое воздействие на инстинктивную деятельность? Можно ли с помощью слова повлиять на инстинкт сохранения жизни или на половой инстинкт, перестраивая эти сложные врожденные рефлекторные деятельности организма или внося в них те или иные изменения?

Мы можем дать положительные ответы также на эти вопросы. Возможность прямого воздействия слова на инстинктивную деятельность мы наблюдали неоднократно.

Бывают случаи, когда жизнь человека подвергается смертельной опасности, что влечет за собой острое перенапряжение основного инстинкта — инстинкта сохранения жизни. В значительном числе случаев это приводит к возникновению непротического состояния, иногда приобретающего характер зафиксировавшегося на ряд лет навязчивого, остро переживаемого страха смерти.

Приводим ряд примеров, говорящих о том, что возникший таким путем навязчивый страх смерти может быть устранен воздействием словесного внушения, содержание которого будет, конечно, зависеть от особенностей каждого случая в отдельности. Таким путем последствия тяжелой психической травмы обычно полностью устраняются, после чего инстинкт сохранения жизни вновь получает свой прежний нормальный характер.

1. Больной О., 42 лет, обратился к нам с жалобами, что он не может самостоятельно ходить по улице (вообще по широким пространствам), так как боится «умереть от паралича сердца». При попытке ходить самостоятельно появляются сердечные перебои, учащенное сердцебиение и непреодолимое чувство страха умереть от остановки сердца: «от сейчас остановится, упал и готов!». Постоянное состояние тревоги и страх смерти от паралича сердца упорно держался в течение 7 лет.

Заболевание возникло в апреле 1918 г., когда больной был приговорен к расстрелу. В результате ужаса перед смертью у него появились резкие

учащение сердцебиения, перебои и боли в области сердца. Но приговор был отменен. Тем не менее сердцебиения и перебои продолжались. Меня лечили в санатории, но без успеха: не может пережить одиночества, из-за сердцебиений куда-то далеко не ходит. В дальнейшем ежегодно лечился в санатории и поликлинике с кратковременным успехом. С начала 1925 г. сердцебиения стали затихать, с сентября того же года прекратились. Остался «страх смерти от паралича сердца», из-за чего всегда должен ходить в сопровождении кого-нибудь, так как при попытке идти в одиночку его охватывает непреодолимый ужас, появляется сердцебиение и мысль о немедленной смерти.

После этого в моем сознании произошла большая перемена к лучшему. Не произошло, так как разговор о состоянии сердца еще больше навевал на него. На следующий день проведен сеанс психотерапии во внушенной дремоте. Сделано внушение о неврежденности его сердца и о забытых пережитом им в 1919 г. На следующий день больной отметил значительное улучшение: впервые ходил самостоятельно по городским улицам и площадям, сердцебиений, перебоев и страха не было. На 3-й день повторены те же внушения в глубокой дремоте, утром и вечером. После 5-го сеанса уехал домой. Утром следующего дня он отправился к врачу и отпустил родственника, чтобы ходить самостоятельно. В своем письме больной пишет: «На 2-й день по приезде домой в 7 часов вечера пошел в поликлинику самостоятельно, без провожатого, а поликлиника от меня около двух километров... страха не испытывал, а раньше мог ходить только с провожатым». Дальше пишет, что «если бывают сердечные толчки или появляются тревожные мысли, или начинает биться сердце, то я начинаю вести борьбу, вспоминая ваши слова». В последующих письмах он сообщал: «Настроение преобладает в общем хорошем, все удовольствие забираю в Кемском государственном университете». Через год посетил нас, сообщив о своем благополучии.

Остановимся на небезинтересном во многих отношениях случае припадков, начинающихся с ощущения жара во всем теле, удушья, потери сознания и судорог, с последующим чувством слабости и разбитости. Длительность припадков, по словам больного, 15—20 минут. Заболел в октябре 1925 г. при следующих обстоятельствах: в его дыхательное горло попала лилия, которую удалось извлечь минут через 20—30, вследствие чего перенес сильный страх смерти. В тот же день с ним произошел припадок, наступивший которого предшествовал приступ страха, с комплексом ощущений, испытанных им во время несчастного случая. В дальнейшем этот комплекс всегда предшествовал припадкам, являясь таким образом аурой. Первое время припадки повторялись 1—2 раза в месяц, а в дальнейшем дошли до 5—7 раз в месяц, возникал без всякого внешнего повода и всегда с одной и той же аурой — реакцией на лилию.

Во время сеанса психотерапии больному была разъяснена причина возникновения его припадков, а затем было сделано соответствующее внушение в дремотном состоянии. Беседа подействовала благотворно, он «воспрянул духом», появилась вера в выздоровление, а при следующем посещении заявил нам, что «так хорошо чувствовал себя только до заболевания». Сеансы внушения в дремотном состоянии производились сначала 2 раза в неделю, а затем реже. С начала лечения и по октябрь 1929 г. припадков не было, и больной чувствовал себя вполне здоровым. Наблюдение Ф. Б. Цейкинской

Как отмечает И. П. Павлов, «жизнь перестает привлекать к себе, теряется интерес к ней». При этом при продолжительном ограничении основных влечений и основных рефлексов «падает даже инстинкт жизни, привязанность к жизни». В результате рефлекса цели «может ослабнуть и не быть совсем заглушен обратным механизмом», что мы и видим в записках, оставляемых самоубийцами: они «прекращают жизнь, потому что она беспечная»¹.

Путем внушения словом мы имеем возможность восстановить утраченный инстинкт сохранения жизни и вернуть человеку интерес к ней и к ее деятельной направленности. Иллюстрируем это примерами из нашей врачебной практики.

1. Больная Ф., 37 лет, обратилась к нам с жалобами на угнетенное состояние, раздражительность, постоянные головные боли, частые слезы, тревожный сон с кошмарами, безотчетный страх, боязнь остаться одной, внутреннюю тревогу, отсутствие интереса к жизни. Общество людей ее тяготит, она его избегает, запития в школе с учителями, по ее словам, для нее «составляют пытку». Последние месяцы одолевает тоска, мысль о самоубийстве; совершенно неработоспособна. Заболела год назад после смерти матери, которая скончалась во время одной из ссор этой больной с мужем, отношения с которым были плохими. Считая себя виновницей смерти матери, больная до сих пор не может с этим примириться, мысли о матери, ради которой она жила и трудилась, неотступны. С мужем развелась.

Медикаментозное лечение безрезультатно, успокоения и убеждения больную волнуют еще больше. Напоминание о матери вызывает у больной сильную плаксивую реакцию негативного характера. Успешная и убеждающая психотерапия в бодрствующем состоянии, естественно, была невозможна, поэтому была применена психотерапия во внушенной дремоте.

Словом «засыпайте» вызвано дремотное состояние, во время которого делалось внушение о неосновательности самоубийства, спокойном отношении к случившемуся, внушалась бодрость и стойкость, хороший сон, интерес к жизни.

После первого сеанса внушения больная хорошо спала всю ночь, а весь следующий день, по ее словам, «чувствовала себя обновленной, о матери ни разу не вспоминала, была все время на людях, настроение хорошее», причем «если вчера была апатична и безразлична, то сегодня бодр, энергична, с верой в свои силы». На следующий день проведен второй сеанс, повторены те же внушения. После этого больная уехала. Ее письма говорили, что она чувствует себя «хорошо по всех отношениях: бодр, жизнерадостна, энергична, работоспособна, действительно, как бы обновленная». Была под наблюдением в течение года, катмнез оставался положительным.

Таким образом, мы видим, что как явление острого переизбытка инстинкта жизни, так и уменьшение этого инстинкта и связанное с ним состояние страдания и истощения жизни может быть устранено и восстановлено путем словесного воздействия. Тем самым область врожденной безусловной инстинктивной деятельности может быть под прямым воздействием импульсов, идущих через вторую сигнальную систему. Это вполне подтверждает правильность воззрений школы И. П. Павлова о ведущей, определяющей роли коры мозга во всех деятельности организма.

Согласно учению И. П. Павлова, для полного, правильного, плодотворного проявления каждого инстинкта «требуются известные его напряже-

¹ И. П. Павлов. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1954 стр. 200.

яле». Если же произойдет перепарирование инстинкта и тем же действием к «истязанию» его (например, вследствие невозможности его реализации), то это может привести к возникновению психотического состояния.

Приводим наблюдения по устранению словесным воздействием последствий «истязания» матерью своего ребенка.

1. Больная М., 27 лет, страстно желавшая иметь ребенка, внезапно потеряла его через месяц после родов (умер от пневмонии). Впала в глубокое депрессивное состояние, с бредовыми явлениями, диссоциацией, чувством потери смысла жизни, гипнagogическими галлюцинаторными явлениями (засыпая, тогда — задвигает габ. — и внезапно слышит плач своего ребенка). Обратилась с жалобой на это состояние, длящееся уже 5 месяцев. Больная находилась в одиночестве, ее муж длительное время был в дальней командировке.

Проведено четыре сеанса внушения во внушенном сне, после чего депрессивное состояние и сопутствующее ему явление были устранены. Была под наблюдением в течение 6 месяцев, относительно спокойна, репродукция не было, приступила к работе.

2. Больная К., 41 года, обратилась в диспансер в мае 1948 г. с жалобой на состояние депрессии и галлюцинации, длящееся в течение 8 месяцев; в сентябре 1947 г. трагически погиб ее 8-летний сын (был втянут потоком воды в канализацию). Тяжелая депрессия, яркая зрительная галлюцинация, повышенная раздражительность, не выносит шума, стуков, тягостна для окружающих, апатична. Ежедневно температура 37,2—37,5° (чего раньше не было), бессонница, общее истощение. Диагноз: реактивная депрессия с галлюцинацией и ампной гипертермией.

Проведена психотерапия. После первого же сеанса внушения во внушенном сне (средней глубины) началось улучшение. Проведено восемь сеансов с хорошим результатом, больная стала более уравновешенной, вспоминая о сыне, стала спокойнее, выравнилась температура, лучше спит, лучше относится к младшему сыну, стала обращать внимание на себя, на окружающих, на кладбище ходит в значительной мере (не ежедневно, как прежде) и там проявляет большое спокойствие.

Приведем пример аффективного словесного воздействия в целях устранения возникшего извращения материнского инстинкта.

3. Больная К., 30 лет, замужем, явилась с жалобами на мучительное навязчивое стремление задушить собственного 8-месячного грудного ребенка, возникшее со дня его рождения и обостряющееся преимущественно во время кормления. К своему ребенку испытывает «тупое чувство». Невыносимо мучительное состояние «бессильной борьбы» со своим навязчивым стремлением заставляло обратиться за помощью к врачу.

Отношение к ребенку вскрыть не удалось, психотерапия была проведена чисто симптоматически. Больная оказалась хорошо гипнабильной. Во внушениях, проводимых во внушенном сне, разъяснялась несуровность ее влечения и внушалось любовное, материнское отношение к ребенку. После 3-го сеанса было отмечено ослабление навязчивого влечения и пробуждение внимания и чувства жалости и нежности к ребенку. После 7-го сеанса почувствовала себя совершенно здоровой. Была под наблюдением один год. Особый интерес в данном случае заключается еще и в том, что истинная причина навязчивого влечения была выяснена лишь через 23 года после выздоровления.

Рассказала она следующее: имея сына от первого мужа, вышла замуж вторично, из расчета «дать отца своему сыну». Второй муж оказался хорошим человеком, оправдал ее надежды, она питала к нему дружеские чувства, дорожила им как человеком и ценила как «отца» ее первого сына. Сексуального влечения к нему не было, беременеть избегала из боязни,

и у меня изменится отношение к ее сыну. Для того как забеременеть, и пыталась отврашение к будущему ребенку, после рождения которого развилось непреодолимое влечение задушить его. Своего второго сына, в отношении которого проявилась указанная навязчивость, впоследствии очень любила.

Таким образом, извращение материнского инстинкта также можно устранить путем соответствующего словесного воздействия.

Остановимся на рассмотрении картины патологического реактивного состояния, вызванного остро переживаемым сексуальным влечением. Как мы знаем, такая ситуация нередко приводит к тяжелым и грозным внутренним конфликтам, иногда кончающимся трагической развязкой. Однако эти тяжелые личные переживания врачами обычно расцениваются как естественные при определенных условиях человеческих отношений, причем для их устранения в арсенале медикаментозных средств, какими врач располагает, обычно нет ничего, кроме бромидов или валериановой настойки. Вследствие этого врач в таких случаях нередко оказывается в роли пассивного свидетеля, бессильного чем-либо помочь, если только он не владеет методами психотерапии.

1. Речь идет об одной наблюдаемой К., 33 лет, обратившейся к нам с жалобами на тяжелое душевное состояние и со своеобразной просьбой нас сначала озадачивавшей, а затем живо заинтересовавшей. Весь уклон ее положения заключался в том, что она, любя и уважая своего мужа как человека, имея от него 10-летнюю дочь, любя свою семью, стремилась к полному семейному счастью и все же его не имела, смутно чувствуя, что ей «чего-то не хватает». И вот у нее проснулось сексуальное чувство, до того совершенно отсутствовавшее в ее супружеской жизни. Это весьма бурное чувство было обращено к двоюродному брату мужа, поселившемуся незадолго до того в их квартире. После долгой и мучительной борьбы она поддавалась охватившему ее порыву и поняла, «чего ей не хватало для ее семейного счастья». Несмотря на любовь к мужу, ее стало безудержно тянуть к другому человеку, с которым ее связывало чувство совсем иного порядка. Создался чрезвычайно тяжелый внутренний конфликт, самостоятельно победить его от которого она не имела сил. Это привело ее к мысли о самоубийстве. И лишь вопрос о судьбе дочери удерживал ее от этого шага. Исследуемая К. явилась к нам с совершенно необычной просьбой «дать ей для ее семейного счастья то, чего ей не хватало, получить от мужа то, что она имела от другого, забыть последнего, как и все, что связано с ним». Имея некоторый опыт с аналогичными, но менее сложными случаями конфликтных отношений, мы не имели, однако, уверенности в положительном результате психотерапевтического вмешательства в сфере столь нежных отношений — и мы не отказались прямо, направленно влиять на ее умственный процесс. Тем не менее мы решили применить к ней психотерапию. Интервьюируемая читает, что то наблюдение приводим ниже в виде выдержек из дневника, который большая по нашей просьбе систематически в течение всего этого времени вела.

«16 октября. Многие тяжелые условия привели мою нервную систему в состояние, трудно поддающееся лечению. Вот почти 2 года я страдаю от физической и психической двойственности, страдаю не только душой, но и телом, часто целыми днями лежу на-ла мучительных гипонических болей, вся разбитая, бессильная, лишенная сна. Пришлось оставить любимую, вдохновляющую прежде работу. Лечение у различных врачей не облегчает меня, и лишь мысль о самоубийстве меня успокаивает. Когда же мои мысли останавливаются на ребенке, и самоубийство становится невозможным, мною овладевает неизъяснимое отчаяние... Что мне делать? Где спасение? Я хочу покоя, но нет его нигде...

17 декабря. Яшла успокоению. После 1-го сеанса гипноза мне стало лучше... светлеют мысли... и значительно спокойнее.

18 декабря. 2-й сеанс дал мне ночной сон и мягкость настроения. О нем не думаю...

19 декабря. После 3-го сеанса была у друзей, которых до того не могла видеть, как и всех остальных... тяжело мне было быть на людях... с речью пошла к ним... здесь был и муж, от которого мне не хотелось отлучаться.

2 января. Сеансы гипноза возвращают мне сон, дают мне приятные сновидения взамен кошмарных... Волнующих меня мыслей о нем почти нет. Я настаиваю, чтобы он оставил меня... чтобы он женился... Словно, когда он уходит из дому с целью вызвать во мне ревность. Сегодня ночью на его звонок я даже не встала, а к нему холодно... я спокойно реагирую на проявление отцовской ревности с его стороны, на безумное его желание вернуть меня к себе, на его до виртуозности доходящие угрозы...

10 февраля. Физическая близость с мужем становится для меня все приятнее, все нужнее... К пассивным ласкам того безразлична, а они становятся даже неприятными...

15 февраля. Сама удивляюсь своей стойкости и спокойствию при таких сложных условиях: общая квартира с ним, физическое его превосходство, его темперамент, его напористость, его страдания, его угрозы...

27 февраля. Я не узнаю себя... вчера, ожидая к себе мужа, как будто ждала его впервые после долгой томительной разлуки... как будто я никогда не испытывала с ним прозы и неудовлетворенности. Я и муж мои счастливы... Получила всего лишь восемь сеансов и как много они мне дали!

5 марта. Прошлое, хорошее и дурное, как эхо слышится где-то далеко... я живу новой жизнью... я могу читать, писать, мыслить, заботиться о семье и не думать о смерти.

17 марта. 11-й сеанс... да, я выздоровела... то, что казалось в нем прекрасным, теперь раздражает... в прошлое не верю. Кажется, что не я сама пережила все, что было, что кто-то мне рассказывал о трагикомической, безумно нелепой любви.

28 марта. Я зла на того, кто был причиной наших общих семейных несчастий. Теперь я живу только мужем и дочерью. Только о них хочется думать и заботиться, только с ними радоваться и горевать. За прошлым готова броситься перед мужем на колени... А "он" предъявляет мне ультиматум: или возвращаюсь ему, или буду жить в доме своей матери. Даже это меня не страшит и не трогает.

31 марта. Только теперь, после 12-го сеанса гипноза, я поняла и обязательно почувствовала, как невысок его интеллект, как мы расходимся идеологически и как не нужна и губительна была эта связь. О нем не хочется больше ни писать, ни говорить....

15 мая. Вот уже 1½ месяца живу без сеансов. Я достаточно много времени, чтобы проанализировать свои чувства к мужу и к нему. К мужу у меня глубокое цельное чувство, какого до лечения гипнозом не было. А к нему? Он для меня не существует и не в отношении его даже жестоко.

Впоследствии нам стало известно, что К. даже способствовала изменению объекта своего прежнего страстного влечения.

Мы умышленно привели выдержки из дневника самой больной, чтобы лучше проследить развитие ее самореформы, при этом не волею случая высшей нервной деятельности женщины под влиянием произведенной нами перестройки сильнейших положительных сексуальных условных рефлексов, связанных с определенным лицом, в тормозные, отрицательные, а сев-

ально-нейтральные для нее раздражители, связанные до того со всем обиходом ее мужа, — в положительные.

Все это определяло новое отношение со стороны больной к этим двум конкурирующим раздражителям. Каков же физиологический механизм, лежащий в основе возникшего невротического состояния? Как мы видим, создавшаяся ситуация требовала длительного острого перенапряжения подвижности основных корковых процессов у лица, подвергнутому, приваждению к сильному неуравновешенному типу нервной системы и художественному частному. Это был случай «трудной встречи», выйти из которой удалось возможным лишь путем перестройки отношений и переключения сексуального инстинкта. Эта задача и была выполнена при помощи соответствующего словесного воздействия.

С аналогичными переживаниями мы встречаемся в следующем наблюдении, когда словесная терапия устранила такую же ненормальность развития полового влечения, имевшую место у мужчины.

2. Больной О., 32 лет, обратился в диспансер с жалобами на тяжелое нервно-психическое состояние, связанное с сильным половым влечением, испытываемым им к жене его брата, нешедшей навстречу его пожеланиям. Много раз в порыве озлобления пытался убить ее. В то же время в связи с обеспокоенностью братом привлек к нему полное отсутствие интереса. Жизнь в семье стала невыносимой.

После шести сеансов словесного внушения, проведенного в состоянии внутреннего глубокого сна, влечение к жене брата и чувство злости на нее совершенно исчезли. Наряду с этим появились либидинозные влечения к жене Катюши — положительный, без каких-либо рецидивов, прослеженный нами в течение 2 лет (наблюдение З. А. Кожила-Юршиной).

Нужно сказать, что в литературе почти нет указаний на наблюдения подобного рода. Только Альберт Молль (1909) в своей известной монографии несколько упоминает «о вероятной возможности» суггестивного воздействия на чувство влюбленности. Приведенные нами примеры говорят о том, что путем направленного словесного внушения возможно оказывать воздействия на весьма глубокие и чрезвычайно напряженные процессы, происходящие в корково-подкорковой динамике, в частности, в сфере сложных эмоционально-сенсуальных переживаний человека.

ЭМОЦИИ

Как известно, эмоциональные реакции у животных и человека были подробно описаны Ч. Дарвином (1908). В связи с физиологическими исследованиями привели много примеров и известные теории Джеймса Ланге и также Кеннона-Шеррингтона. Следует отметить также работы Моссо (1884), Лембова (Lembow, 1928) и Жаксона (Jal'son, 1933). Однако ими не была достаточно полно и глубоко оспещена проблема эмоций.

Большая заслуга в этом отношении принадлежит В. М. Бехтереву (1930). Рассматривая эмоции как сложные «иммико-соматические» реакции, вырабатывающиеся на основе врожденных инстинктивных реакций, В. М. Бехтерев исключил и прямого участия в их формировании корковой динамики. Он показал, что эти реакции могут быть воспроизводимы условно-рефлекторным путем. При возникновении эмоций раздражительный процесс, распространяясь с коры мозга в подкорку, идет в подбугорную область (область третьего мозга — гипоталамус), в которой заложены такие же подкорковые центры вегетативной нервной системы, и далее на внутренние органы, эндокринные железы и скелетную мускулатуру. Его вывод о том, что развитие эмоциональных («иммико-соматических») реакций первично происходит именно по этому пути, был обоснован исследования-

ми его сотрудников М. М. Жуковского (1898), И. М. Пуссела (1902) и М. П. Никитина (1903), Чалого (1914) и Шварцсона (1917)¹. Исходя из метода условных рефлексов и экстирпации, они показали связи различных участков коры больших полушарий головного мозга животных с внутренними органами. Позднее В. П. Осянов (1917) также пришел к выводу, что многие эмоциональные и аффективные реакции развиваются по типу условных рефлексов, т. е. через кору головного мозга.

Более глубокое физиологическое обоснование условнорефлекторного механизма эмоций дала школа И. П. Павлова. Благодаря методу условных рефлексов была открыта interoцептивная связь всех внутренних органов с корой мозга и установлено, что все они посылают сигналы в кору больших полушарий. Соответствующее сильное раздражение вызывает возбуждение в коре мозга, которое через подкорковые центры вегетативной нервной системы распространяется на внутренние органы и эндокринные железы. Последние в свою очередь немедленно посылают в кору мозга импульсы о своем деятельном состоянии. Такого рода сигнализация является физиологическим субстратом эмоций.

Необходимо подчеркнуть, что всякая эмоциональная реакция может проявляться как по механизму безусловного, так и условного рефлекса и не только interoцептивного, но, как говорят К. М. Быков (1947), «испрямленно и interoцептивного». Таким образом, эмоция является такой сложной реакцией организма, в основе которой лежат комплексные безусловные и условные связи экстеро- и interoцептивного происхождения. Различные по своему характеру эмоциональные состояния (гнев, боль, страх, печаль, отвращение и т. д.) так сложны, что для своего проявления требуют участия не только одной какой-либо области нервных центров, а затрагивают всю нервную систему целиком. Поэтому эмоциональные реакции, имея в своей основе совместную деятельность коры мозга и подкорки, могут проявляться во всех отделах единой анимально-адакционно-вегетативной системы человеческого организма.

Именно потому, что эмоции являются реакцией целостного организма, они получают свое выражение как в виде определенного субъективного переживаемого состояния, так и в форме секреторных, сосудодвигательных реакций, мышечных движений. Мышечные и патомимические реакции, обусловленные деятельностью скелетной мускулатуры (так называемые выразительные движения) представляют своеобразные внешние проявления «движения чувств» или «языка чувств», столь свойственные эмоциям человека.

О субъективном компоненте эмоций мы можем судить по характеру указанных выше внешних проявлений, но главным образом путем словесного отчета о пережитом. Субъективное выражается, как известно, в форме разного рода «чувств»: приятного и неприятного, легкости и трудности, радости и печали, торжества и отчаяния, любви и ненависти и т. д., возникновение которых связано, по учению И. П. Павлова, с возникновением эмоций и их задерживанием, со всеми вариациями либо легкого, либо затруднительного протекания нервных процессов, происходящих в больших полушариях. И. П. Павлов отмечает далее, что в картине эмоциональной реакции физиологические процессы и их психические проявления обычно представляют собой единый комплекс: «кто отделал бы, — говорит он, — в безусловных сложнейших рефлексат (инстинктах) физиологическое, соматическое от психического, т. е. от переживания могучих эмоций голода, полового влечения, гнева и т. д.»²

¹ Цит. по В. М. Фехтереву (1926).

² И. П. Павлов, Деятельный опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951 г., стр. 457.

В возникновении некоторых эмоциональных реакций важную роль играют те наиболее глубокие индукционные отношения, которые могут возникнуть между корой и подкоркой, например, в случае резкого возбуждения ближайшей подкорки, при снижении тонуса коры и т. д. В итоге возникает так называемое, но глубокое нарушение высшей нервной деятельности, выражающееся, например, в потере самообладания, утрате деятельности и даже во временном параличе высшей нервной деятельности, явления глубокой диссоциации отношений коры и подкорки, с превращением во управляемую корой мозга деятельности подкорки («буйная подкорка»). Вот почему, по словам И. П. Павлова, именно в условиях экспериментального эмоционального возбуждения мы говорим и делаем то, чего в спокойном состоянии не додумались бы¹.

Нужно иметь в виду, что при чрезвычайных обстоятельствах жизни такие эмоциональные всплески могут возникнуть и у людей с уравновешенной корковой динамикой.

Среди раздражителей, вызывающих у человека эмоциональные реакции, наиболее важное значение принадлежит слову. Оно может оказывать на человека во много раз более сильное влияние и привести к значительно более глубоким изменениям, чем какой-либо физический фактор. Слово непосредственно приводит к активному состоянию подкорки, деятельности, сопровождающейся той или иной эмоциональной реакцией.

По своему физиологическому действию эмоции принято делить на две большие группы: стенические и астенические. Первые (например, радость, воодушевление и т. п.) усиливают «зарядку из подкорки» (И. П. Павлов). Как показывают данные лабораторных исследований, они улучшают процессы ассимиляции, повышают тонус коры мозга. Такие эмоции окрашены чувством приятного. Астенические эмоции, наоборот, ослабляют процессы ассимиляции, снижают тонус коры мозга, силу основных корковых процессов. К этим эмоциям принадлежит испуг, страх, горе, тоска и т. п. Они обычно переживаются как терпящее таким образом если содержание эмоции отрицательно, то эти эмоции факторы внешней среды и усилинием или уменьшением их физиологическое действие определяют характером автоматизации коры и подкорки.

Эмоции стенические имеют в жизни человека положительное значение, так как они стимулируют корковую деятельность и создают возможность преодолевать стоящие перед ним трудности. Эмоциональное возбуждение позволяет осуществлять не только весьма трудные акты самозащиты или нападения, но и сложную производственную и познавательную деятельность. Все высшие эмоциональные состояния, все проявления возвышенных человеческих влечений и целеустремлений в жизни человека с эмоциональным напругом всех процессов высшей нервной деятельности.

Иное жизненное значение имеют астенические эмоции. Они оказывают на высшую нервную деятельность угнетающее действие. Такие эмоции возникают, например, в результате острого столкновения интересов личности с условиями социальных отношений и с факторами внешней или внутренней среды, при которых интересы личности оказываются пострадавшими. Примером выраженной астенической эмоции может служить внешняя реакция на сильное болевое ощущение: реакция на боль — примитивная астеническая, отрицательная эмоция. Нередко причиной возникновения астенических эмоций является внезапная ломка динамического стереотипа, вызванная, например, потерей близкого человека или же внезапно происшедшим изменением обычного образа

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 457.

жизни, и т. д. Поэтому возникают тяжелые чувства, в физиологическом основании которых лежит именно нарушение старого динамического стереотипа и трудность установки нового. Как говорил И. П. Павлов, «преступление установки стереотипа, довершения установки, поддержки стереотипа и нарушения его и есть субъективно разнообразными положительными и отрицательными чувства...»¹.

Кроме того, принято различать еще эмоции низшие и высшие. К низшим относятся эмоции, связанные с различными потребностями организма (чувство голода, жажды, половое чувство и т. д.). Если эти потребности остаются неудовлетворенными, такие эмоции переходят в астенические: удовлетворение же их порождает соответствующую стеническую эмоцию, сигнализирующую о физическом благополучии. К высшим эмоциям относятся переживания, связанные с удовлетворением или же неудовлетворением потребностей человека, обусловленных его общественным сознанием: например, эмоции этические, эстетические, эмоции удовлетворения, связанные с успехом или же с неудачей познавательной и трудовой деятельности и т. д. Соответственно этому они также могут быть стеническими или же астеническими.

В заключение следует отметить, что проблема эмоций еще не получила надлежащего освещения с точки зрения ленинской теории отражения. Первая попытка разработки теории эмоций в свете последней принадлежит В. Н. Мясищеву (1948). Эмоции им рассматриваются как выработавшийся в филогенезе тип отношения человека к наиболее сильным социальным и физическим воздействиям.

Наконец, необходимо подчеркнуть, что у человека все проявления эмоций, как и самый их характер, теснейшим образом связаны с деятельностью второй сигнальной системы, без участия которой не может проявиться ни одна эмоция. Это обусловлено тем, что все виды эмоциональной (так же, как и инстинктивной) деятельности приобретают в условиях онтогенеза высшей нервной деятельности человека весьма сложную систему условнорефлекторных связей как с первой, так главным образом и со второй сигнальной системой.

Первые экспериментальные исследования объективных признаков эмоциональных состояний, вызванных путем внушения во внешнем мире, были сделаны А. Ф. Лазурским и В. В. Срезневским (1912) в клинике В. М. Бехтерева. Последующим в этом направлении работы Грива, страха и гнева, показателями же служили реакции со стороны дыхания и пульса. Были отмечены колебания этих показателей, характер которых находился в зависимости от вида внушенной эмоции. Вместе с тем эти колебания оказывались идентичными тому, что наблюдалось и при действительном переживании этих эмоциональных состояний. Таким путем впервые было установлено, что словесным внушением, действительно возможным вызвать во внешнем мире соответствующие эмоциональные переживания.

А. В. Шверсон (1917) экспериментально установил в лаборатории В. М. Бехтерева, что индифферентным раздражителем после ряда сочетаний с эмоциональным раздражителем сам становится таковым же. Это свидетельствовало о том, что эмоция может вызвать условнорефлекторным путем. Кроме того, условные рефлексы, выработанные при переживании сильной астенической эмоции (эмоции страха), становились, по данным В. М. Бехтерева, В. Н. Мисюнова (1926) и Н. И. Красногорского (1939), чрезвычайно прочными и сохраняли свою силу в течение весьма длительного времени.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 391.

В своих исследованиях (1930) мы исходили из того, что изменения со стороны пульса и дыхания, возникающие в ответ на болевое раздражение, могут считаться одними из объективных проявлений эмоциональной реакции на безусловный раздражитель. В исследованиях нами было показано, что одно словесное внушение о мнимопроизведенном уколе уже вызывало эту реакцию.

Изменения пульса наблюдаются и в случае внушения более сложных эмоциональных состояний, например, страха (рис. 72).

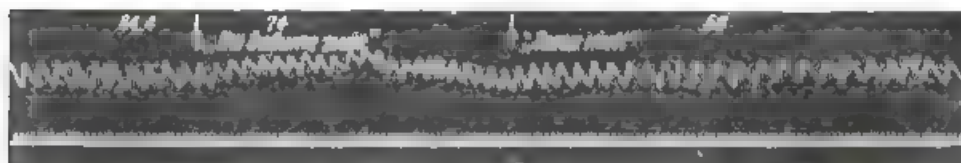


Рис. 72. Изменение пульса во внушаемом состоянии после внушения эмоции страха. Цифры означают частоту ударов пульса в минуту.

Чувство страха проявляется еще в виде тремора, охватывающего скелетную мускулатуру, что также может служить объективным доказательством переживания данной эмоции (рис. 73).

Ю. А. Поворинский (1940) изучал влияние внушенных эмоций на газообмен. Для этой цели у исследуемого определялся исходный уровень газо-

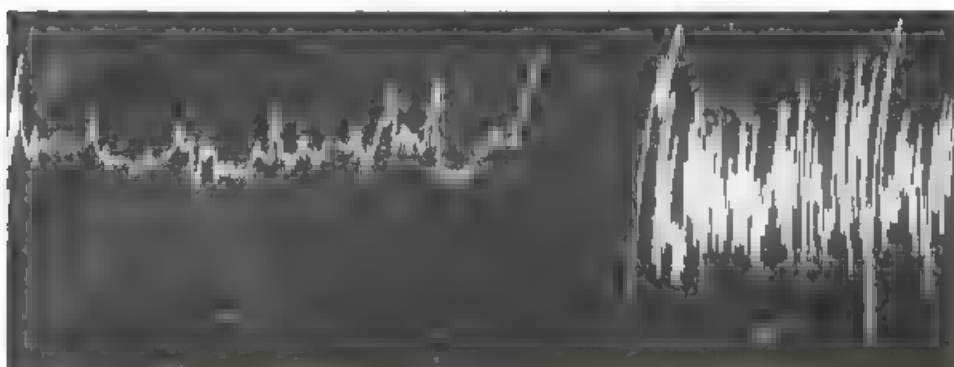


Рис. 73. Тремор пальцев рук в состоянии бодрствования в условиях покоя (а) и после внушения. В состоянии спокойствия после словесного внушения «Ты в опасности, тебе овладевает страх, просиять!»

обмена в состоянии покоя, а затем ему внушалось переживание различных приятных (любимые музыкальные произведения) и неприятных эмоций (зубная боль, экзема, мысль о предстоящей хирургической операции и т. д.). Таким путем было установлено, что переживание внушенных эмоций оказывает огромное влияние на газообмен, причем неприятные эмоции вызывают значительно большее повышение газообмена, чем приятные. Как отмечает автор, особенно значительные сдвиги газообмена наблюдаются при внушении болевых ощущений, мысли о предстоящей хирургической операции и других сильных эмоций. При этих условиях у некоторых из исследуемых газообмен повышался на 300% по сравнению с исходной его величиной.

Ю. А. Поворинский (1949) изучал также сосудистые реакции, возникающие при эмоциональных переживаниях. Выводы из исследуемых

путем словесного внушения во внушенном сне. Он отмечает, что при словесном внушенном сне, как и при естественном сне, плетизмограмма, как и ритм дыхания и пульса, совершенно не меняется, а словесные раздражения, вызывающие эмоциональную реакцию, отражаются на сосудистых реакциях даже более заметно, чем обычные безусловные раздражители.

Исследования А. И. Мареевой и И. Е. Вольперта (1950) показали, что объективными признаками внутренних эмоциональных состояний могут служить биотоки коры мозга, записанные при внушенных сновидениях, вызывающих переживание положительной или отрицательной эмоции (рис. 74, И).

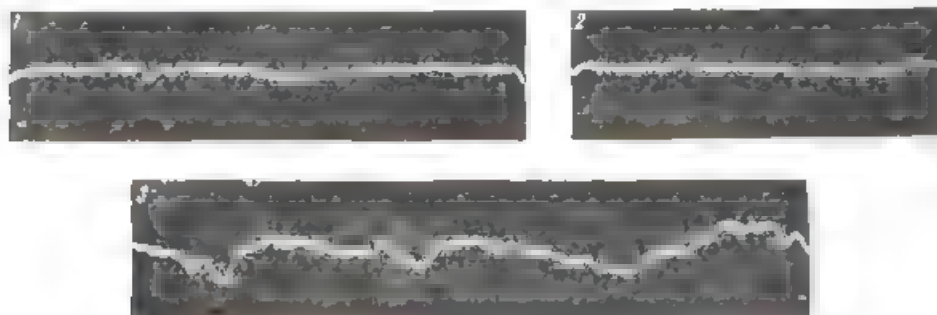


Рис. 74. Электроэнцефалограмма коры головного мозга в сочетании бодрствования (1), в спокойном внушенном сне (2) и при переживании во внушенном сне эмоции страха (3) (по А. И. Мареевой и И. Е. Вольперт).

лишь в характере биотоков мозга в бодрствующем состоянии, в гипнозе и при внушенном неприятном сновидении, сопровождавшемся чувством страха. По И. Е. Вольперту (1952), внушенные сновидения находят заметное отражение на электроэнцефалограмме в том случае, если они насыщены внушаемыми неприятными эмоциями, в то время как внушенные приятные эмоции не меняют биоток совсем или меняют их в очень слабой степени. Это говорит о том, что при отрицательных эмоциях динамика основных корковых процессов значительно усиливается и протекает в условиях большого напряжения и катаболизма.

Следует отметить, что эмоциональные состояния, вызываемые путем внушения, могут сопровождаться также более или менее глубокими биохимическими изменениями. Так, исследования В. М. Гаккебуша (1926) показали, что при внушении длительно неосуществимой эмоции страха увеличивается количество сахара в моче и крови.

По нашим данным, внушение во внушенном сне положительных или же отрицательных аффективных эмоций в значительной степени отражается на состоянии физической работоспособности. На рис. 75 представлены эргограммы, полученные нами на эргографе Моссо при различных внушенных эмоциях: при внушенном чувстве радости работоспособность повышается, тогда как при внушении «угнетенного настроения» она падает. Это отражается и на состоянии вегетативных показателей. Так, по данным Н. Н. Тимофеева (1938), при словесном внушении во внушенном сне приятных переживаний в спокойном состоянии артериальное давление снижается (в его исследованиях на 20 мм), а пульс замедляется (на 8 ударов). При внушении же неспокойного настроения, тоскливости, чувства одиночества, ощущения холода, выделения слюны из этой неприятной обстановки артериальное давление повышается (на 10 мм), а пульс учащается (с 65 до 120 ударов в минуту).

1. Н. Искенский и А. И. Картамышев (1933) исследовали во внутреннем или при внешнем отрицательных эмоций на лейкоцитоз, было проведено 16 исследований у 12 лиц, причем у всех при этом наблюдалось снижение числа лейкоцитов (от 2200 до 4000). При этом после внушения лейкоцитоз количество лейкоцитов вновь уменьшалось до исходной величины.

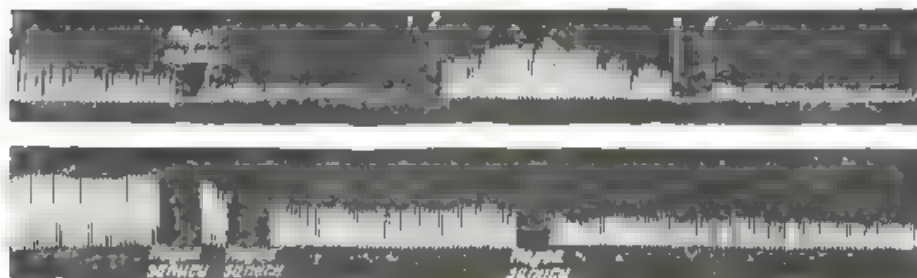


Рис. 75. Влияние внушения на ритм дыхания

В заключение приведем данные В. И. Здравомыслова и С. В. Андреева (1938), объективно установивших в ряде случаев изменение содержания аспетилхолина в венозной крови в зависимости от характера внешних эмоциональных переживаний. Так, при внушении чувства радости количество аспетилхолина в крови уменьшается, а при внушении страха увеличивается (рис. 76).

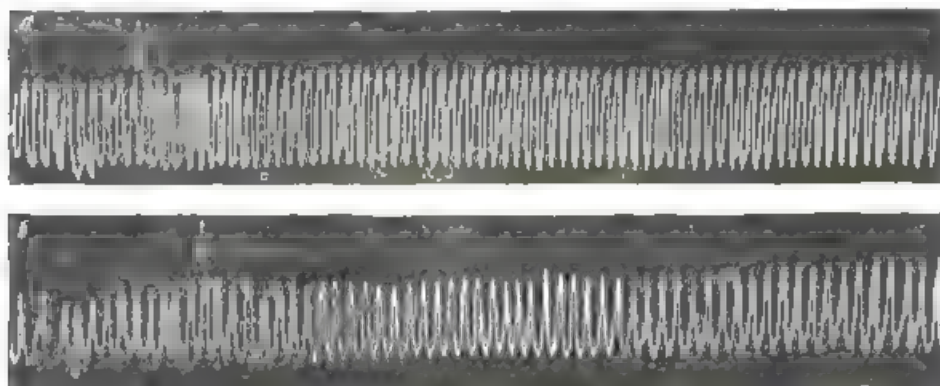


Рис. 76. Влияние внушения на сердечный ритм (по В. И. Здравомыслову и С. В. Андрееву)

Отметим, что, согласно исследованиям Гейлиха и Гоффа (Heilich и Hoff, 1928), при внушении положительных эмоций ускоряется диурез, увеличивается выделение фолатов и хлористого натрия, причем при длительном исследовании этих эмоций последующее обычно приводит к более При внушении же отрицательной эмоции (страх, огорчение) и количество выделяемой мочи уменьшается, значительно увеличивается выделение

хлористого натрия и фосфатов, в итоге исследуемые теряют в весе. По данным Графе и Мейера (Grafe и Mayer, 1925), при выужении депрессивных состояний основной обмен повышается на 7,5%, при выужении положительных, радостных эмоций — лишь на 4%. При этом повышение обмена особенно резко выражено при выуженной эмоции страха. Дейч (1925) наблюдал в этих условиях повышение основного обмена до 26%. В опытах Генера (1923) под влиянием 4-часового переживания страха в гипнозе количество фосфатов в моче увеличивалось на 115%.

По данным Глазера (1925), значительное эмоциональное возбуждение, вызываемое выужением во выуженном сне, приводит к повышению содержания ионов кальция в сыворотке крови, в то время как при выужении успокоения количество их понижается.

Все эти исследования показывают, что выуженные эмоции сопровождаются глубокими биохимическими изменениями. Это подтверждают биохимические исследования Д. Е. Альперна (1934), говорящие о тесной связи вегетативной нервной системы с тканевыми процессами. Под влиянием исследований Д. Е. Альперна (1954), посвященные трофической функции нервной системы, делают еще более понятным влияние эмоций на клеточные обменные тканевые процессы.

Имеют определенный интерес данные, полученные нами совместно с рентгенологами Т. Р. Осетинским (1929), Н. М. Божинской (1937) и В. А. Копица (1950) при рентгенографическом исследовании влияния на тонус мускулатуры желудка положительных и отрицательных эмоциональных состояний, вызываемых путем словесного выужения. Объектами наблюдения были клинически совершенно здоровые лица обоего пола в возрасте от 18 до 40 лет, занимавшиеся умственным трудом. Всего было исследовано 12 человек как в бодрствующем состоянии, так и в состоянии выуженного сна.

Напомним, что в состоянии выуженного сна имеет место редкое понижение тонуса желудочной мускулатуры, моторики диафрагмы и кишечника: желудок опускается значительно ниже диафрагмы, амплитуда колебания диафрагмы резко уменьшается, перистальтика падает до минимума (см. рис. 22).

Данные исследований влияния эмоциональных состояний свидетельствовали о том, что при выуженном переживании чувства радости у большинства исследуемых имеет место повышение тонуса мускулатуры желудка и деятельности кишечника: желудок, уменьшаясь в размере, поднимается вверх (рис. 77А), перистальтика оживляется, эвакуация ускоряется. При выужении же угнетенного состояния (печали, горя) желудок тотчас опускается, переходя в гипотоническое состояние. Так, при выужении чувства огорчения или тоски желудок опускается ниже, чем в условиях спокойного сна, перистальтика ослабевает, эвакуация замедляется. Чрезвычайно резкая реакция со стороны моторики желудка наблюдается при выужении боли в животе, зубной и пр. (рис. 77Д).

Особенно сильно выраженными оказываются изменения моторики желудка при выужении чувства ужаса: у одной из исследуемых желудок принимал форму улитки и резко подтягивался вверх, при этом иногда наблюдались бурные перистальтические волны, а эвакуация в одних случаях резко увеличивалась, в других — совершенно прекращалась.

Иллюстрацией значения одного представления об эмоциональном переживании могут служить рентгеноскопические наблюдения, проведенные нами у двух студентов музыкально-драматического института. В данном случае путем наблюдения за моторикой желудка мы имели возможность судить о глубине переживаний актером того состояния, которое он желает изобразить на сцене. Когда студенты находились в бодрствующем

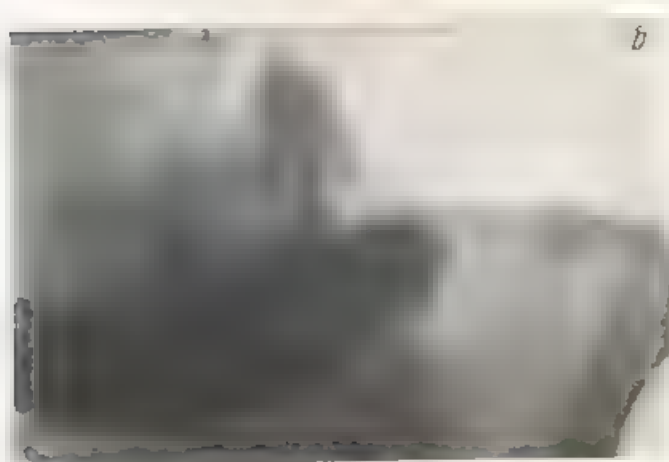


Рис. 77. Рентгенограммы желудка последующей Ч-й.
 а — в бодрствующем состоянии, б — в спящем положении



Рис. 77. Рентгенограмма желудка исследуемой 14-й
при исследовании чувствительности к радости

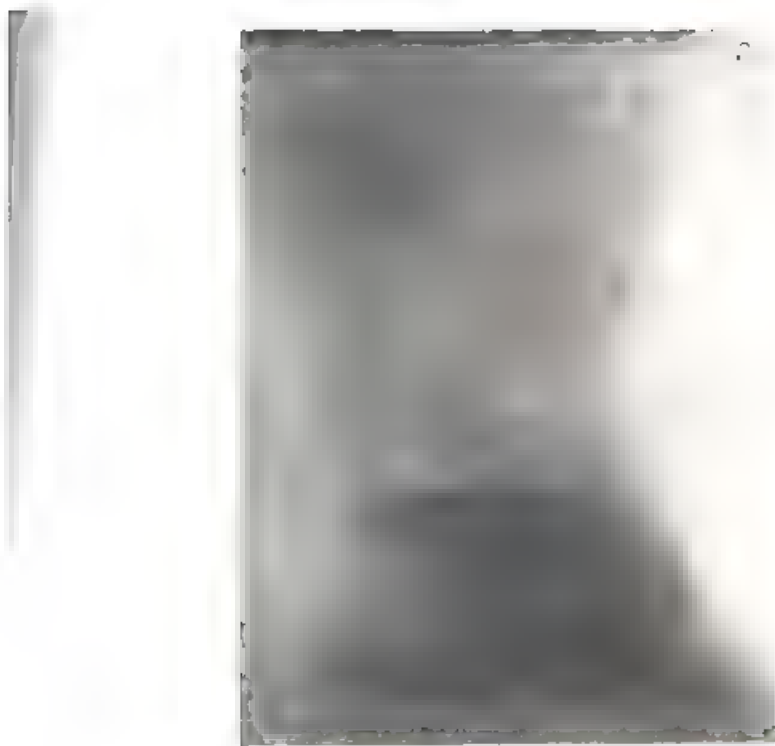


Рис. 77. Рентгенограммы желудка исследуемого Д.

• — в спонгиозном пучке при внешнем пережатии: «чувствует сильную боль в животе».

состоянии, им предлагалось самостоятельно вызвать у себя переживание воображаемой картины радостной эмоции, затем сменить ее на эмоцию горя.

У одного из этих студентов со стороны моторики желудка наблюдалась сначала картина, соответствующая «реакции радости», затем — «реакции ужаса» (подобные описанным выше). Путем последующего опроса было выяснено, что он, действительно, переживал именно эти эмоциональные состояния: «...я чувствовал радость свидания с возлюбленной и ужас при виде ее смерти», причем «я сначала горел от радости, а затем дрожал от ужаса воображаемой картины». Эти субъективные переживания ярко отразились на всей картине моторики желудка, а одновременно с этим и на всей мимике студента.

У другого студента при воображении той же картины не наблюдалось почти никакой реакции со стороны желудка. На основании этого можно было предположить, что у него отсутствовали чувства радости и ужаса, что это были мимические реакции, вызванные отнюдь не теми переживаниями. Это предположение было опровергнуто в дальнейшем и было доказано в дальнейшем и было доказано в дальнейшем.

Таким образом, данные этих исследований могли служить объективной иллюстрацией переживаемого эмоционального состояния, создаваемого в данном случае по фотомеханическому механизму с помощью кино. Вместе с тем они свидетельствовали о том, что реакции второй сигнальной системы (а через нее и подкорки), возникающие как в ответ на словесное изображение переживаемой эмоции, так и при самостоятельно вызванном изображении переживания, оказываются идентичными. В последнее время это было еще раз подтверждено в опытах, проведенных в лаборатории, руководимой А. И. Павловым, в которых было установлено, что при воздействии одного и того же условнорефлекторного раздражителя, одна его часть вызывает реакцию, как и в том случае, когда это было произведено исследователем.

Наряду с исследованиями моторики желудка, мы совместно с нашими сотрудниками М. И. Пайкинским, М. О. Бокальчуном (1928) и М. А. Липицким (1951) исследовали секреторную деятельность желудочных желез на фоне различных эмоциональных состояний. Полученные данные свидетельствовали о том, что после словесного внушения стенической эмоции (любимая вкусная пища, выигрыш по облигации и т. д.) резко возрастало количество отделяемого сока (на 300—500%) и его перепаривающая сила (в 2—3 раза), причем все эти изменения достигали максимума уже через 10—20 минутами после внушения и затем шли на убыль (рис. 78).

Внушение же аффективных эмоций (печаль, тоска) вызвало значительное уменьшение количества желудочного сока (на 200—700%), общей кислотности, а также свободной соляной кислоты, в некоторых случаях до полного ее отсутствия.

Обращаясь к исследованиям зарубежных авторов, нужно отметить, что их данные аналогичны нашим. Так, по данным Гейера (1925), внуше-

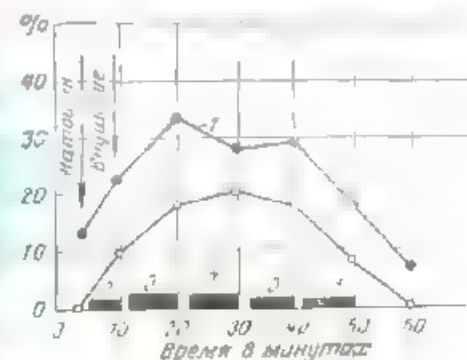


Рис. 78. Влияние внушения еды на секреторную деятельность желудка. 1 — любящая пища, 2 — перепаривающая сила желудочного сока по М. Гейеру (в мл).

ние отрицательного эмоционального переживания затормаживало секрецию желудочного сока. Этот автор показал также, что под влиянием изменения эмоционального тонуса изменяется и рентгеноскопическая картина моторики желудка: при внушении положительной эмоции желудок принимает нормальный тонус, если он был понижен.

Интересны данные, полученные Гейлихом и Гоффом (1928): при словесном внушении лицам с нормальной и пониженной кислотностью желудочного сока еды любимых кушаний наблюдалось повышение кислотности (даже и в том случае, если внушенная пища была чище и жирнее).



Рис. 79. Мимические реакции на вкушание пищи после постановки желудка на нуль (Гейлих, Гофф).
А — после приема, Б — после введения щелочи

способствовали понижению кислотности). И, наоборот, если лицу с повышенной кислотностью желудочного сока внушалась еда нелюбимой пищи, то обычно вызывавшей у него повышение кислотности, наблюдалось резкое понижение кислотности, вплоть до полного ее исчезновения.

Гофф и Вермер (1925) показали, что словесное внушение приема пищи, принимаемой «с удовольствием» и «без удовольствия», «вкусной» и «безвкусной» также оказывает влияние на качество желудочного сока: в первом случае величина общей кислотности и свободной соляной кислоты повышалась, во втором — общая кислотность падала до минимума, а свободная соляная кислота снижалась до нуля. Однако эти авторы не исследовали влияния эмоций на переваривающую способность желудка, как это было сделано М. О. Викальчуком и М. Н. Пайкинским.

В заключение представляется великим делом описать картину развития различных эмоциональных состояний, вызываемых различными изменениями позы. Рукам исследуемого придается такое положение, которое отвечает тому или иному эмоциональному состоянию, выражаемому этой позой (рис. 79, А и Б). При этом Гофф и Вермер — авторы первой части — не исследовали влияния позы на кислотность желудочного сока. В данном случае условным раздражителем служили кинестетические импульсы, идущие в кору мозга, которые в прошлом сочетались с различ-

ыми эмоциональными состояниями и связанными с ними минимизма-тическими реакциями. Этим обстоятельством подчеркивается, что в ос-тве развития эмоций лежит условнорефлекторный механизм.

Как известно, в повседневной практике, особенно хирургической и-донтологической, бывают случаи, когда возникшая однажды ав-тотическая эмоция оказывается патологически зафиксированной на-продолжительное время. По учению И. П. Павлова, явление связано с возник-новением инертных то-нических пунктов в коре-мозга; такое состояние кор-ковых клеток можно устра-нить, если в коре создать-соответствующее и доста-точно сильное возбужде-ние. Приведем несколько-примеров устранения ста-новшимся внутренним пато-логически инертным эмо-ционального состояния-взятых из нашей амбула-торной и клинической-практики.

1. Больной К. 40 лет, предстояла операция уда-ления геморроидальных-узлов. Однако крайнее вол-нение перед операцией-уверно мешало ей не толь-ко лечь на операционный-стол, но даже войти в о-перационную. Проведен три-связаня внушения во всту-пительной дремоте. Таким-путем недостаточная эмо-ция стала благополуч-на, что позволило больной-спокойно войти в опера-ционную, лечь на стол и спокойно пролежать в течение всей операции, сделавшей под местной-анестезией (наблюдение А. А. Соседкиной).

2. Девочка 11 лет, по словам матери, в 6-летнем возрасте оказала-сильное сопротивление во время операции удаления зуба. После этого-не допускала к себе никого из врачей даже для исследования пульса. Когда возникла необходимость замбинировать два передних верхних-зуба, то первое же посещение кабинета одонтолога вызвало у нее бурное-волнение и страх. Девочка побледнела, расклакалась, возникло двигатель-ное возбуждение. Уговоры не дали результата, и родители решили при-бегнуть к помощи психотерапевта.

Несколькими поглаживаниями по лбу была вызвана дремота, в ус-ловиях которой устанавливалось «спокойное отношение к исследованию пу-льса, осмотру зубов и их пломбированию». После сна девочка уже до-пускала исследование пульса. На следующий день она была в кабинете-одонтолога и, не испытывая страха, смотрела, как пломбируют зубы у-матери и даже убеждала последнюю не волноваться. В дальнейшем поз-



Рис. 80 Минутные реакции во внушении
а — показывать место; б — показывать
а — показывать место; б — показывать

волила обследовать свои зубы, выражая желание поскорее запломбировать их, а через день спокойно перенесла эту операцию.

3. Больная Г., 50 лет, обратилась к нам с жалобами на патологически проявляющийся страх перед грозой, доходящий «до полубоморок» состояний. Проведено два сеанса внушения во внушенном сне, после чего страхи не возникают в течение 18 лет.

Встречаются более сложные случаи, когда источником тяжелых психических и внутреннего конфликта, доводящего до развития депрессивного невротического состояния, может стать наличие сильной стенической эмоции, например, чувство сильной влюбленности, если последнее по тем или иным причинам должно быть подавлено. Как видно из приводимого ниже примера и в этих случаях психотерапия может дать положительный эффект.

4. Больная Б., 25 лет, обратилась с жалобой на тяжелое депрессивное состояние, полное отсутствия интереса к жизни, полную апатию, бессонницу, длящиеся в течение 3 месяцев. Это состояние возникло после того, как она узнала о невозможности брака с любимым ею человеком. Выяснилось, что молодой человек, которого она в течение 2 лет «безумно любит» и с которым давно имеется обоюдное решение о супружестве, страдает периодическим психозом. Это обстоятельство лишает его возможности вступить в брак. На почве столкновения и борьбы двух противоположных тенденций — сильного эмоционального влечения к объекту своей любви и доводов рассудка, подкрепляемых близкими и врачами, у нее возникло тяжелое депрессивно-тревожное состояние, от которого она не может избавиться. Врачи говорят, что «все это пройдет», однако никакого улучшения она не замечает, наоборот, ее депрессия все более углубляется.

После пяти сеансов внушения во внушенном сне следующего содержания: «Вы должны считать наше разделение и расхождение и полное отсутствие и даже вреда для нас продолжения связи с больным человеком. Его болезнь может передаваться по наследству будущим вашим детям. Отрицательные черты его характера недооценивались нами, так как вы были ослеплены чужеством любви к нему. Ваше чувство любви к нему с каждым днем слабнет и стремительно нас оставляет уже не любящим нас. Вам не нравится все реже и реже... Пережитое вами уже забыто, так как вы уже разочаровались в нем. Вас радует освобождение от мучительного вам влечения к нему, ваше хорошее самочувствие восстановилось, вы попрежнему спокойны, целеустремленны и полны интереса к жизни» и т. д. Это привело к полному устранению патологической депрессии и восстановлению душевного равновесия и работоспособности.

В основе этого заболевания лежала внезапно происшедшая ломка динамического стереотипа, сложившегося и укрепившего в течение длительного времени, что для данной нервной системы оказалось непосильным и привело к глубокому и длительному нарушению высшей нервной деятельности.

Таким образом, мы видим, что наличие сильной стенической эмоции в виде неудовлетворенного чувства любви, если жизненная ситуация повелительно требует ее устранения, может приводить к невротическому заболеванию, устранить которое может патогенетически правильно построенная психотерапия.

Этим мы закончим описание очень важных по своему теоретическому и практическому значению исследований, касающихся словесного воздействия на эмоции. Конечно, эти данные недостаточны для общих выводов в такой широкой области как учение об эмоциях. Тем не менее в свете учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности они могут иметь большое значение, особенно механизм формирования эмоций, условий их проявления и устранения. Это тем более важно, что, как известно, область эмоций остается до сих пор все еще недостаточно изученной.

**СЛОВО
КАК ЛЕЧЕБНЫЙ
ФАКТОР**

К СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ МЛТО, ОВ ПСИХОТЕРАПИИ

... громадное накопление за последнее полустолетие клинических наблюдений основывается на том, что физиолог дал врачу в руки схему жизни, с которой в руках он может удобно обозреть представлявшиеся ему явления, узнавать их и группировать

Н. П. Павлов

Борьба за психотерапию в нашем отечестве началась давно. Еще в XVIII веке А. Н. Радищев говорил, что «духовное лекарство заслуживает право на такое же место, как и эссенция прочих аптекарских припас». В 1820 г. М. И. Мудроу подчеркивал, что «есть и душевные лекарства, которые врачуют тело», указывая на необходимость применения соответствующего психического воздействия, так как «по его словам, всем искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску и метания и которая самые болезни, например, нервные, иногда покоряет воле больного».

Того же мнения придерживался и Н. Е. Дядьковский, который в 1836 г. писал, что «... самым важным средством, коим нуждаются страждущие, есть приветливая сила убеждения... и стыд врачу... — не владеть сим средством» (разрядка наша. — Н. П.).

В. А. Маляссон (1876), собрав большой фактический материал обращает внимание врачей на психический способ лечения, до сих пор не получивший прав гражданства в практической медицине.

Отметим, что отечественные терапевты С. П. Боткин и Г. А. Захарьин, А. И. Яроцкий первыми заговорили о необходимости уделять большое внимание этиологическому и лечебному значению психического фактора. А. И. Яроцкий в 1908 г. выступил труд, специально посвященный вопросу о влиянии психической деятельности на физиологические процессы.

Первая крупная работа, специально посвященная вопросам психотерапии, принадлежит московскому психиатру А. А. Токаревскому (1887), ассистенту С. С. Корсакова. Она касалась единственного в то время метода психотерапии — внушения в гипнозе. А. А. Токаревскому принадлежит приоритет в применении этого метода в психиатрической клинике. Как известно, сам С. С. Корсаков (1861) также придавал большое значение психическому воздействию врача на больного, в том числе и клиническому применению внушения в гипнозе. Последователи А. А. Токаревского (Е. Н. Довбня, Ф. Е. Рыбников, В. К. Хорошко, Н. П. Поддубольский,

Д. А. Смирнов, Б. А. Токарский и др.) во многом содействовали лечению гипнозом и внушением.

Однако специальная инструкция, изданная Медицинским департаментом в 80-х годах прошлого столетия, резко ограничивавшая области и условия применения внушения и гипноза с лечебной целью, снизила особенно в Москве, интерес к этому важному методу и его экспериментальному и клиническому применению.

Крупную роль в развитии клинического применения внушения сыграл В. М. Бехтерев — выдающийся психоневролог, пользовавшийся мировой известностью. Начиная с конца 80-х годов и до последних дней своей жизни, он неустанно пропагандировал применение с лечебной целью гипноза и внушения.

Среди заслуженных авторов, которые разрабатывали вопросы психотерапии, особенно следует отметить Бреда, Шарко, Бергштерна, Фореля, Ливецфельда, Кроуфельда, Дюбуа и Джерарша. Следует отметить, что учения о неврозах и применению методов психотерапии большей частью были переселены мажоритарным идеалистическим учением о неизменности наследственных свойств и наследственных свойств в так называемой реакционной концепции Фрейда и его последователей.

В конце XIX и в начале XX века в науке еще господствовали примитивные психологии, поэтому методы психотерапии не имели научного обоснования.

И только благодаря исследованиям школы И. П. Павлова стало возможно научное понимание и применение методов психотерапии.

Исходя из учения И. П. Павлова, мы должны сейчас понимать психотерапию как терапию патогенетическую, основанную на физиологическом анализе функциональных нарушений высшей нервной деятельности человека. В этом отношении имеют большое значение работы А. Г. Иванова-Смоленского, К. М. Быкова, М. К. Петровой, С. Н. Давиденкова, Н. И. Кравцовского, В. Н. Бирмана, Ф. П. Майорова, В. Н. Мясищева, Ю. А. Пиваринского.

Начиная с 1912 г. мы собрали большой материал, свидетельствующий о действенности психотерапии. Поэтому мы считаем возможным на основании нашего опыта высказать общие соображения о преимуществах усиленного применения психотерапии.

Физиологически обоснованная психотерапия ставит своей задачей устранение функциональных расстройств высшей нервной деятельности путем использования действия слова на кору мозга, а через нее и на весь организм.

Одним из главных факторов лечебного воздействия на динамику коры мозга является устная речь, представляющая могучий комплексный условный раздражитель второй сигнальной системы, а вместе с тем и мощный социальный фактор. Разъяснение, убеждение и внушение, воздействуя на корковую динамику, изменяют в нужном направлении содержание большого, всего эмоциональную сферу, эндокринно-вегетативную деятельность и прочие физиологические процессы, протекающие в организме. Психотерапия должна прежде всего обеспечить оптимальное соотношение основных первичных процессов коры и подкорки и обеспечить сигнальных систем в деятельности целостного организма. Создавая в коре мозга новые динамические структуры, способствующие урегулированию общего физиологического состояния человеческого организма и устраняя патологические, психотерапия содействует таким путем скорейшему восстановлению его нормального функционирования.

Нужно постоянно иметь в виду, что, применяя психотерапию, следует учитывать индивидуальные особенности человека, вытекающие из

огромного комплекса сложных и социально обусловленных временных связей и корковых динамических структур его жизненного опыта. Восстанавливая нарушенное заболеванием нормальное состояние высшей нервной деятельности методами психотерапии, врач должен учитывать основные особенности конкретных условий социальной среды, в которых человек находился до заболевания и будет находиться после лечения.

Основное требование лечебной медицины, заключающееся в проведении причинной терапии естественно, распространяется также на психотерапию: психотерапевт должен проанализировать причины возникновения данного заболевания. Без соответствующего анализа конкретных причин и причин метод психотерапии не будет эффективным, ни в гипотоническом, ни в гипертоническом состоянии не может быть в полной мере продуктивным. Если в отдельных случаях прочный положительный эффект иногда может быть достигнут и без вскрытия ближайшей причины данного невротического заболевания (в особенности при психотерапии во внушенном сне), то на это нужно смотреть как на исключение. Как правило, каждой форме психотерапии всегда должен предшествовать конкретный разбор причин и условий возникновения симптомов и всего невроза в целом.

Как подчеркивает И. П. Павлов, необходимо отыскать «... те разные и эти медленно действовавшие условия и обстоятельства, с которыми может быть связано происхождение болезненного отклонения, протекание и развитие невроза». Нужно понять, почему эти условия и обстоятельства дают такой именно результат, в то время как у другого человека они не оставались без малейшего влияния и повели «у одного человека к такому болезненному комплексу, а другого — к совершенно другому»¹.

Многолетний опыт терапии неврозов говорит о том, что в огромном большинстве случаев различные психические травмы, а также лежащие в их основе физиологические механизмы, таким путем могут быть относительно быстро вскрыты и поняты. При этом существенное значение имеет учет различных этиологических факторов заболеваний, так же как и обуславливающих его физиологических механизмов. Этим определяется рациональная постановка соответствующих вопросов при анамнестическом беседе врача с больным. Анализ в виде вопроса обо всех этапах сознательной жизни больного, т. е. как мы говорим «по календарному плану», часто раскрывает условия и действительные причины возникновения невроза.

Еще совсем недавно приходилось слышать о том, что психотерапия (и, в частности, гипнозуггестивная) переживает кризис. Но это не так. В учении И. П. Павлова о высшей нервной деятельности психотерапия нашла свою физиологическую базу и стала на путь научного развития. Поэтому теперь у нас имеются достаточно обоснованные показания для применения психотерапии, причем не только в целях лечения «чистых» психических заболеваний, но и в сочетании с лечением соматических заболеваний. Область применения психотерапии расширилась и стала охватывать ряд психических заболеваний, связанных со всеми болезнями и расстройствами деятельности центральной нервной системы. Это, конечно, не исключает необходимости дисциплины, в которую обязательно включается строгая методика и многократное повторение действия на состояние высшей нервной деятельности больного, а отсюда и на все течение его болезни.

Большая или меньшая сложность психотерапевтического подхода к больному определяется степенью сложности условий развития невроза.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 339.

а также лежащих в его основе физиологических механизмов. В тех случаях, когда травмирующие психику факторы известны врачу и больному и нет необходимости в глубоком анализе причин развития невроза, мы сможем с успехом использовать успокоение, убеждения и словесное внушение и бодрствующем состоянии больного. Эту форму лечения можно назвать малой психотерапией. К ней относится также чисто симптоматическая психотерапия. Такой формой психотерапевтического вмешательства может и должен владеть каждый врач.

В других случаях требуется более углубленное исследование обстоятельств, располагающих и вызывающих причин, изучение травмировавших психику факторов и характера их воздействия (их повторности, длительности на протяжении предшествовавшей жизни больного) и, наконец, анализ физиологических механизмов, лежащих в основе данного невроза. Здесь уже следует применять более сложные лечебные приемы: более или менее подробную и углубленную анамнестическую беседу, разъяснение и убеждение в бодрствующем состоянии, словесное внушение и дремотном состоянии или во внешнем сне. Это сочетание связанных между собой психотерапевтических мероприятий можно назвать большой психотерапией, которую должен применять специально подготовленный психоневролог или психиатр.

Какова эффективность психотерапии, применявшейся нами в наших сотрудниках при лечении психогенных неврозов?

За ряд лет эффективность ее в амбулаторных условиях выразилась в следующих цифрах: у 58% больных наступило выздоровление, у 20% — значительное улучшение, у 16% — незначительное улучшение, у 6% — эффекта не было. Следовательно, реальная помощь была оказана в наших условиях в 78% случаев. Столь значительная эффективность, повидимому, могла быть обусловлена применением комплексированного метода патогенетически обоснованной психотерапии.

Можно полагать, что с дальнейшим ростом наших знаний по физиологии высшей нервной деятельности, с совершенствованием диагностики неврозов, а также средств психопрофилактики и психотерапии и накоплением психотерапевтического опыта, применение психотерапии должно будет получить еще большую патогенетическую направленность и методическую четкость.

Вместе с тем мы считаем, что в дальнейшем врачи-соматологи должны учитывать, что при лечении психогенных неврозов важную роль играют травмирующие психику воздействия. Мы имеем в виду, например, наблюдения, касающиеся психогенных расстройств деятельности внутренних органов, сердечно-сосудистой, эндокринно-вегетативной системы и пр. Синдромы психогенных расстройств такого рода дают такую же картину функционального нарушения деятельности данного органа или системы, как и при действительном органическом их поражении. Это есть то, что носит название «невроз органа» или «вегетоневроз», на чем мы подробнее остановимся в дальнейшем.

Тот факт, что между корой мозга и внутренними органами имеется функциональная связь, является основанием применения психотерапии как вспомогательного средства для устранения соматогенной невротической симптоматики, возникающей вторично, вследствие органического заболевания той или иной системы или органа.

Казалось бы, значение психотерапии в лечении неврозов уже давно является общепризнанным. Однако долгое время не все ее методы пользовались равным признанием. Некоторые из психоневрологов, применяя

какой-либо из существующих методов психотерапии, отрицательно относились к остальным во методам. Это приводило к разделению психотерапевтов на «гипнотиков», «рационалистов» и «психоаналитиков» и нарушению принципа индивидуализации лечения больного.

ПСИХОТЕРАПИЯ В БОДРАЗВУЮЩЕМ СОСТОЯНИИ

Лечение ряда невротических заболеваний с полным успехом может осуществляться путем разъяснительной, по В. М. Бехтереву (рационалистам, по Дюбуа) психотерапии, проводимой в бодрствующем состоянии больного. Она состоит в разъяснении больному причин и сущности его невротического заболевания и в указании тех специальных лечебных приемов, которые следует применять для его устранения.

Предварительно в целях уточнения диагностики больному должен быть тщательно исследован со стороны соматической сферы. После этого собирают подробный анамнез больного с целью выявления условий возникновения данного невротического заболевания, его клинической и патофизиологической картины, а также определения характера психической травмы больного. При этом выясняют силу травмировавших психику факторов, длительность их воздействия, возможную последующую вторичную переработку больным аффекта этого воздействия и пр. Наконец, определяют возможность устранения травмирующих психику моментов и отношение больного к своему болезненному состоянию, имеется ли у него готовность к лечению и стремление к выздоровлению или же, наоборот, — «бегство в болезнь» и т. п.

Все это представляет в целом весьма важный материал, помогающий врачу ознакомиться с состоянием больного, и служит начальным стимулом к терапии. Уже сама откровенная «исповедь» больного нередко оказывается важным психотерапевтическим фактором, открывая путь к дальнейшему успешному лечению.

Не следует забывать, что каждый больной тревожится о состоянии своего здоровья. Поэтому прежде всего необходимо его успокоить, снять его напряженность, тревожное состояние. Только после этого можно приступить к проведению анамнестической беседы и к последующей систематической терапии разъяснением или убеждением. Мы обычно освещаем причины возникшего невротического состояния и его физиологические механизмы, если они были неизвестны больному, недостаточно осознаны им или неправильно истолкованы. Нередко можно наблюдать, что характер отношения больного к его болезненным ощущениям, мыслям или к пережитой им психической травме уже в самом процессе этой беседы начинает перестраиваться.

Приемы разъяснительного и убеждающего словесного воздействия могут начинаться с вопросов, относящихся к образу жизни больного, условиям его существования и семейных отношений, характеру его трудовой деятельности и пр. Врач должен разъяснить больному причины возникновения его невротического состояния, научить правильно оценивать его симптомы, так же как и применяемые приемы, направленные к устранению этого состояния, причем врач должен исправлять ошибки в рассуждениях больных и бороться с их предрассудками, воздействуя путем логического убеждения.

Однако терапия разъяснением и убеждением может быть на достаточно высокой степени в том случае, если врачу самому вполне ясны истинные причины, условия и механизм развития данного невротического состояния. Поэтому применение этого метода может быть рациональным лишь при всестороннем изучении врачом условий развития заболевания с учетом факторов социальной среды.

Обращаясь к логическим выводам, врач не должен ограничиваться только теоретическими рассуждениями, ибо, как бы искусно они ни построены, — недостаточно для того чтобы переубедить человека. Приводимые врачом доводы должны быть не только логичны, но и эмоционально окрашены. По образному выражению Дидро: «Эти доводы «не должны быть сервированы в холодном виде, а должны быть подогреты этическими представлениями и примерами».

При разъяснительной, убеждающей психотерапии стремление врача должно быть направлено на активизацию деятельности коры мозга больного и поднятие ее тонуса. Врач должен содействовать устранению патологических связей и корковых динамических структур и созданию новых, что достигается большим путем критической переработки (под руководством врача, в прямой беседе с ним) всей патогенетической ситуации, послужившей причиной его заболевания.

Следует подчеркнуть, что при этом методе лечения весьма важное значение имеет состояние эмоциональной сферы больного, его корковая активность, способность объективно взвесить и критически оценить свое состояние, а особенно свои личные переживания, обусловившие возникновение невротического заболевания.

Необходимо отметить, что метод разъяснения и убеждения в свое время расценивался многими как якобы наиболее продуктивный среди всех других. Это происходило потому, что методы внушения и гипноза, не имея тогда научного обоснования, находили применение лишь в целях симптоматической терапии, в то время как метод разъяснения и убеждения имел черты, явно приближавшие его к задачам терапии патогенетической. Предубеждение врачей в отношении гипноза имело в своей основе также ошибочное представление школы Шарко о гипнозе как состоянии патологическом и пр.

Для иллюстрации эффективности разъяснительной психотерапии приводим следующее наблюдение.

1. Больная Д., 22 лет, студентка, обратилась с жалобами на сильные головные боли, подавленное настроение, беспричинные слезы, соплявость (нем и отечественные сна ночью, страх в связи с предстоящими родами, мысли о смерти. На V месяце беременности была оставлена мужем, в связи с чем стыдится своей беременности, ребенка иметь не хочет, «с ужасом думает о его воспитании и содержании». Не усваивает учебного материала, перестала сдавать зачеты.

Проведен сеанс разъяснительной психотерапии следующего содержания: «Ваше болезненное состояние вызвано разрывом с мужем, вы еще не изжили этого разрыва и потому будущее кажется вам таким тяжелым. В действительности же разрыв с мужем решил все дальнейшее положительно и был необходим, так как только логически мыслящий человек мог вас оставить на V месяце беременности и от жизни с ним вы, конечно, ничего хорошего ожидать не могли. Жизнь надо строить с человеком устойчивым и достойным вас, а не с тем, у вас будет ребенок, для нас все плохо, а для него ничего плохого в этом нет. Ребенок будет вашим самым родным и близким существом, в нем вы будете иметь маленького друга и потому и в личной жизни никогда не будете ощущать пустоты. Ребенок не может помешать учебе: у нас есть ясли, детские сады, у вас есть мать, которая поможет в уходе за ребенком. В нашей стране нельзя бояться иметь ребенка: иметь ребенка — это гордость и радость матери. Ваши роды будут легкими и пройдут безболезненно и благополучно. Вы на IV курсе, до окончания института осталось немного, вы успешно закончите это важное для вас дело» и т. д.

Больная с большим вниманием прослушала до конца слова врача.

Мы наблюдали беременную в течение месяца: она продолжала чувствовать себя вполне хорошо. Демонстрировалась нами на врачебной конференции. Благополучно родила ребенка.

В данном случае внезапным воздействием с помощью императивных предложений, мозговых и наглядных образов достигнута концентрация под влиянием осложненно протекавшей беременности, т. е. под влиянием концентрированного возбуждения, чем были отрицательно индуцированы другие районы коры мозга. Это вызвало у нее состояние растерянности и оторопелости. Как можно думать, возникшая при этом сильная отрицательная индукция привела к устранению имевшейся (и упрочившейся) кортико-висцеральной патологической симптоматики. Все это было достигнуто лишь прямым императивным внушением, сделанным в бодрствующем состоянии больной. Отметим, что для успеха такого внушения требовалось не только создать тормозное состояние определенных районов коры мозга, что было достигнуто императивным тоном словесного воздействия, но и направить его на устранение имевшегося нарушения.

Применение косвенного словесного внушения также может успешно осуществляться в бодрствующем состоянии больного. Одно из первых демонстраций этого действия такого рода нами описано на стр. 178, когда таким путем была устранена психогенная полидипсия и полиурия, развившиеся в течение ряда лет.

Наконец, такое внушение может проводиться в бодрствующем состоянии во время психопрофилактической подготовки больных к предстоящей хирургической операции, а беременных и родам и т. п. При этом применяют разъяснение, убеждение, а также внушение, прямое и косвенное, что создает у больного положительную установку в отношении предстоящего события и сохраняет полное спокойствие, т. е. активирование коры головного мозга и с ним связанные мероприятия направлены на устранение тормозного состояния коры мозга.

Следует отметить, что и при других приемах психотерапии обычно ставится та же задача — повышение тонуса коры мозга больного. Есть основание утверждать, что в определенных случаях именно активное, деятельное состояние коры мозга способствует наиболее успешному сопротивлению организма развитию болезни. Соображения по этому поводу в свое время были выдвинуты И. З. Вельвовским (1952), а исследования на животных проведены Д. Ф. Плещатым (1954) и др.

Следует отметить, что, как подчеркивают в ряде своих работ А. Г. Павлов-Смоленский и Ф. А. Аздреев, применение охранительной терапии спок при некоторых заболеваниях и состояниях дает отрицательные результаты. В этих случаях, наоборот, необходима терапия возбуждением, т. е. активация коры головного мозга. На положительное значение активации коры мозга для борьбы с родовыми болями, так же как и с преждевременными родами, указывает И. З. Вельвовский (1952), который рассматривает терапию возбуждением как важный принцип лечения и профилактики, основанный на физиологическом учении И. П. Павлова. Уменьшение возбуждения коры мозга, отрицательно индуцируя подкорковую, снижает болевую чувствительность.

И. П. Татаренко (1948) показала, что активация корковой деятельности уменьшает фантомные боли. Следует отметить, что мысль о необходимости укрепления нервной системы больного в свое время настойчиво проводилась и В. М. Бехтеревым (1911, 1926).

Стимулирующая психотерапия, повидимому, особенно показана при лечении больных туберкулезом легких. Для психики больных туберкулезом специфична подавленность, раздражительность, склонность к истощающему калбам, пониженная половая и репродуктивная функ-

муж, который был на 3 года моложе ее, постоянно говорил ей, что «уже отжила». Так как она, действительно, выглядела старше своих лет, то и находилась под внушающим воздействием этих слов своего мужа.

Проведено шесть сеансов психотерапии в бодрствующем состоянии по В. М. Бехтереву, причем внушения были успокоительного и разрядительного характера. После 3-го сеанса отмечено резкое улучшение — больной стала значительно спокойнее, впадает собой, ревность исчезла, расстав в годах с мужем уже не трикожиг. После 5-го сеанса сообщила, что предменструальный период, который обычно у нее всегда был тяжелым (чрезмерная раздражительность, тоска), на этот раз прошел вполне спокойно. Спустя месяц предменструальный период опять прошел хорошо, ревность не возобновлялась, самочувствие хорошее.

Следует отметить, что при этом методе словесной терапии критическое отношение больного к словам врача сохраняется, что, несомненно, содействуя аффективности полного восприятия их больным, в то же время может ограничивать силу внушающего воздействия. Именно вследствие этого такое воздействие иногда оказывается недостаточным для устранения невротического состояния, получившего характер патологической инертности.

ПСИХОТЕРАПИЯ В ДРЕМОТНОМ СОСТОЯНИИ И ПО ВНУШЕНИЮ СНА

Как известно, дремотное состояние характеризуется некоторым снижением положительного тонуса коры мозга, легкой заторможенностью корковых клеток. При этом корковые клетки частично сохраняют свои прежние следовые связи, на них продолжают оказывать воздействие внешние раздражения, содействуются также некоторые моторные реакции (на пример, произвольное движение век).

Такое состояние может быть достигнуто у всех людей. Оно имеет определенное значение для успеха психотерапии. Отметить это необходимо потому, что среди врачей существует ошибочное представление, будто для проведения словесного внушения у больного непременно должен быть «глубокий гипноз», между тем для этих целей в ряде случаев вполне достаточным оказывается дремотное состояние. Это относится не только к психогенным, но и к соматогенным неврозам.

Что же обуславливает успех психотерапии, проводимой в дремотном состоянии?

Понятному, успех объясняется тем, что в дремотном состоянии имеет место снижение положительного коркового тонуса и некоторое преобладание тормозного состояния корковых клеток.

Однако следует подчеркнуть, что и при этом состоянии коры мозга устранение лежащих в основе невротического заболевания патофизиологических механизмов оказывается далеко не всегда осуществимым, особенно в том случае, если их фиксация произошла в условиях более глубокого тормозного состояния коры мозга или при более сильных травмировавших психику факторах. Вот почему в ряде случаев необходимо прибегать к получению более глубокого сонного торможения, вплоть до «сомнамбулической фазы» низшего сна. Только в этом состоянии какие-либо конкурирующие воздействия оказываются полностью исключенными, и внушающее слово врача приобретает свою решающую терапевтическую значимость. Более глубокая заторможенность соответствующих отделов коры мозга необходима и в тех случаях, когда «прикосновение» словами внушения к больному пункту вызывает у усиленного отрицательную реакцию.

Содержанию внушений должно отвечать содержание патогенетических факторов, имеет характер разъяснения, убеждения или утвер-

дения. Оно должно создать у больного дифференциальное отношение к различным факторам, возбуждение их и образование новых, положительных установок (лически обуславливаемое гипнотическим внушением и внушением не, предложенное В. М. Бехтеревым и Леви-Ситом). Отметим, что хронометрические исследования Ф. П. Манорова (1939), проводившиеся во время вынужденного сна, свидетельствуют о том, что во время вынуждения, т. е. именно в самые моменты образования в соответствующих отделах коры мозга новых динамических структур, может происходить некоторое ослабление общего торможения корковых клеток.

Как мы уже отмечали выше, в условиях вынужденного сна кора мозга вне зоны раппорта оказывается заторможенной и растормаживается только в тех ее участках, на какие прямое воздействие оказано словесным воздействием усиливается. Замыкательная функция коры мозга в зоне раппорта не только сохранена, но и усилена вследствие положительной индукции обусловленной натиском торможения из окружающих районов коры мозга. При этом как замыкательная, так и анализаторная функция почти полностью подчинена словесным внушениям уснувшего. Вследствие этого состояние вынужденного сна весьма благоприятствует успеху словесных терапевтических внушений.

Словесные внушения в известных случаях оказываются чрезвычайно эффективными даже при значительной глубине и длительности невротического заболевания, упорно не поддающегося воздействию других методов психотерапии.

Почему именно в условиях вынужденного сна воздействие словом на подкорковую динамику больного получает исключительную эффективность?

Согласно учению И. П. Павлова, причина лежит именно в том, что, несмотря на сниженный тонус обширных районов коры мозга, охваченных общим торможением, у врача тем не менее остается возможность прямого воздействия на все стороны корковой деятельности больного. Это достигается именно благодаря тому, что в этих условиях кора мозга больного функционально расчленена на сонные и бодрствующие отделы. Своим словесным воздействием, падающим на ее бодрствующий отдел (зона раппорта), врач в этих условиях получает возможность особенно действенного и притом тонко дифференцированного, прямого влияния на любые стороны корковой деятельности. Он может влиять на пусковую и корригирующую деятельность коры, может устранять возникшие в ней функциональные нарушения, воздействовать через нее на подкорку, на отдельные стороны деятельности всей аналитико-аффективно-интегративной системы, интимные биохимические и трофические процессы, тканевые реакции и пр.

Дело заключается в том, чтобы врач сумел правильно использовать свое влияние и с наибольшим успехом провести ту сложную корригирующую и направляющую, стимулирующую и восстанавливающую психотерапию, какая в том или ином случае оказывается необходимой. Добившись положительного эффекта, врач должен достаточно прочно закрепить его, так же как и предотвратить возможность повторения аналогичных нарушений в будущем.

Так, вопреки существовавшим убеждениям о кратковременности успеха гипнотических сеансов, длительность положительного катамнеза в некоторых наших клинических наблюдениях доходила до 20 лет и более. Очень положительными сторонами является также значительное сокращение срока лечения, что подтверждает большинство приводимых нами наблюдений.

Больной П., 46 лет, обратился по поводу тяжелого невротического синдрома (крайняя раздражительность, бессонница, быстрая утомляемость, кошмарные сновидения), развившегося у него почти год назад

после пережитого им тяжелого конфликта на службе, сопровождавшегося оскорблением его крайне болезненным самолюбием. Это привело к разви-

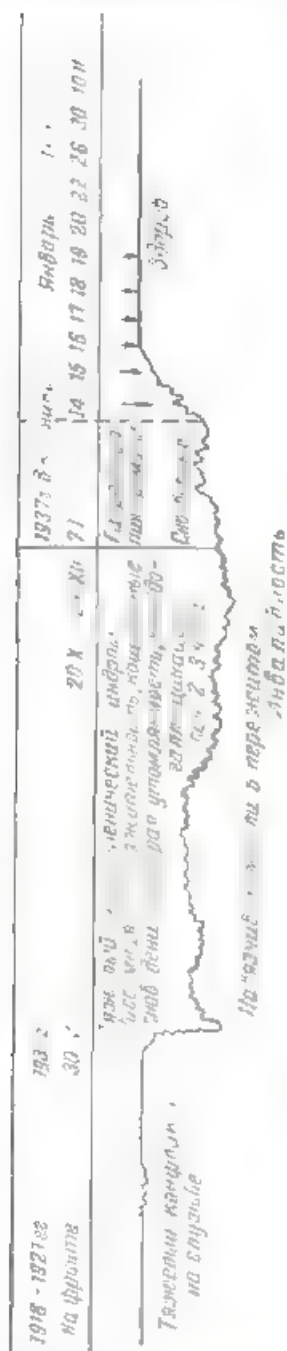


Рис. 81. Схема развития невроза и эффективности гипносуггестивной терапии. Стрелки обозначают случаи гипносуггестивной терапии.

вающего неврастического состояния и полной утрате работоспособности (переведен на инвалидность). Тонизирующая гидротерапия и лечение бальнемидами не дали эффекта. Вследствие этого было проведено шесть сеансов психотерапии во внутреннем сне, что в весьма короткий срок (6 дней) восстановило нормальное состояние больного, в том числе и работоспособность (рис. 81).

Следует отметить, что начальный положительный терапевтический эффект в отдельных случаях может быть получен уже при первом сеансе внушения, проведенного при начальных признаках внутреннего сна. Но для получения стойкого лечебного эффекта обычно требуется 5-6 сеансов психотерапии во внутреннем сне. Иногда же, когда отмечается исключительная стойкость неврастической симптоматики, может потребоваться 20-30 сеансов лечения и более. Продолжительность лечения определяется степенью инертности корковых процессов. Особенно быстро наступающий положительный эффект психотерапии во внутреннем сне обычно наблюдается у легко заискусываемых исследуемых.

Какая степень глубины внутреннего сна наиболее благоприятствует успеху психотерапии.

Как мы знаем, основной механизм внушаемости заключается в разорванности нормальной более или менее объединенной работы всей коры, которая возникает в результате того или другого расчленения больших полушарий на сонные и бодрые отделы, что и приводит к неодолимости внушения, производимого в отсутствие обычных внешних влияний на него со стороны остальных частей коры. Отсюда следует, что глубина внутреннего сна должна быть такой, чтобы наступило достаточно полное функциональное расчленение коры мозга на сонные и бодрые отделы. По данным Ф. П. Майорова (1940), мы знаем, что сомнамбулическая фаза внутреннего сна именно и определяется максимальной способностью коры мозга усиливаться к расчленению на сонные и бодрые отделы.

Согласно нашим амбулаторным и клиническим наблюдениям, весьма четкий положительный терапевтический эффект нередко наблюдается при самом легком гипностическом состоянии, что, нужно сказать, может иметь место после ряда совершенно безуспешных попыток психотерапии в бодрствующем состоянии.

Таким образом, гипносуггестивный метод является наиболее правильным приемом психотерапии именно в случаях, когда неврастическое заболевание возникло в условиях фазового состояния

коры мозга. В таких случаях психотерапия во внешнем сне, т. е. в состоянии, аналогичном или близком к этому состоянию, прямо показана. Отсюда вытекает и большая терапевтическая значимость этого метода. Кроме того, важное значение имеет соединение в этом методе двух могучих лечебных факторов: восстановительного сонного торможения и терапевтического внушения.

Отметим, что психотерапия во внешнем сне главным образом показана

- 1) при значительной стойкости патологического синдрома.
- 2) при невротических состояниях, лечение которых в бодрствующем состоянии не дало положительного эффекта;
- 3) для быстрого общего успокоения больного и с переходом в дальнейшем к разъяснительной и убеждающей психотерапии в состоянии бодрствования;
- 4) при психогенных реактивных депрессиях, даже иногда с бредовыми идеями, и психогенно-реактивных паранойальных синдромах;
- 5) для целей «гипноанализа», т. е. выявления нужных для врача анамнестических сведений, которые при выходе из сознания больного, или касаясь которых больной в бодрствующем состоянии из-за травмирующего психику воздействия еще не может;
- 6) как вспомогательный, чисто симптоматический терапевтический прием при соматических заболеваниях;
- 7) для дифференциальной диагностики.

Противопоказаниями к применению метода гипноусугубленной терапии являются: паранойя, паранойдная форма шизофрении, психастения. Наконец, нельзя сразу приступать к гипноусугубленной терапии, если больной предубежден против гипноза и боится его.

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНЕШНЕГО СНА-ОТДЫХА

В качестве широко применяющегося нами вспомогательного терапевтического приема всегда служил длительный внушенный сон. Обычно он применяется при более или менее тяжелых состояниях в качестве заключительного приема после курса психотерапии и служит как для восстановления корковых клеток, так и для закрепления полученного терапевтического эффекта.

Необходимо отметить, что уже кратковременное пребывание больного в состоянии внешнего сна нередко оказывает на его психику систему положительных действий. Об этом говорят весьма многочисленные наблюдения ряда авторов, а также наши и наших сотрудников. В ряде случаев даже состояние неглубокого внешнего сна само по себе, без каких-либо специальных внушений, приводит к определенному терапевтическому эффекту. Так, некоторые наши больные после пробуждения от первого же внешнего сна нередко заявляют об исчезновении у них болезненных явлений или неприятных болезненных ощущений.

Вместе с тем, как мы знаем, длительный внушенный сон по самой своей природе является длительным восстановительным сонным торможением. Все это делает его терапевтически ценным приемом воздействия на корковую динамику при всех функциональных нарушениях высшей нервной деятельности. Нужно отметить, что стремление заменить длительный медикаментозный сон внешним сном, длительность которого может быть доведена до многих часов, находит в этом полное оправдание, тем более что применение для длительного лечебного сна всякого рода фармакологических снотворных имеет многие отрицательные стороны.

Кроме того, при вынужденном сне можно регулировать глубину его, а также делать необходимые терапевтические вынуждения.

Преимущество вынужденного сна перед сном фармакологическим и свое время было экспериментально доказано ближайшей сотрудницей И. И. Павлова М. К. Петровой (1943).

Сравнительная эффективность медикаментозного сна и сна условнорефлекторного у собак-невротиков с кожными экземами и павами. М. К. Петрова обнаружила, что гипнотическое торможение, переходящее в обычный сон, оказывается более эффективным в отношении скорости и продолжительности терапевтического действия. В частности, М. К. Петрова отметила повышение устойчивости организма собак после длительного условнорефлекторного сна к различным воздействиям, ослабляющим первую систему. Вместе с тем, и «быстрота исчезновения имеющихся трофических кожных изменений» находится, по ее словам, «в прямой зависимости от глубины гипнотического сонного торможения».

Все это подтверждается нашими наблюдениями и свидетельствует о необходимости углубления пролонгированного вынужденного сна больных соответствующими словесными вынуждениями.

Длительное пребывание в состоянии вынужденного сна особенно показано при длительном действии факторов, сильно истощивших нервную систему, например, при сверхсильных переживаниях, тяжелой хирургической операции, трудных затяжных родах, тяжелом соматическом заболевании, общей усталости, при повышенной нервной возбудимости и т. д. Словом, он нужен там, где необходимо поднять тонус коры мозга, урегулировать состояние корковых процессов, усилить процессы ассимиляции, поднять анаболизм. Хирурги могут широко использовать состояние длительного вынужденного сна в пред- и послеоперационном периоде, поручая это делать специально обученному медицинскому персоналу.

Есть основания считать, что применение длительного вынужденного сна может найти важное практическое значение в профилактике гипертонической болезни, при лечении извечной болезни, при ранних стадиях туберкулеза и вообще во всех случаях, когда требуется в короткие сроки обеспечить максимальное восстановление сил. Что же касается неврологических заболеваний, то при них длительный вынужденный сон является важнейшим терапевтическим приемом, применимым непосредственно вслед за устранением словесным вынуждением основных патогенетических факторов данного заболевания.

Так по наблюдениям А. П. Прусенко, проведенным в 1926 г. в диспансере Украинского психоневрологического института, применение длительного вынужденного сна оказывало благотворное влияние на больных подростков, страдавших повышенной возбудимостью нервной системы (групповой метод применения длительного вынужденного сна). По данным З. А. Коппель-Ловицкой и И. Т. Цветкова, длительный вынужденный сон возвращал силы роженице (при затяжных родах) и роды заканчивались без наложения щипцов.

Положительные результаты длительного вынужденного сна были получены М. И. Кашмур и К. И. Лавровой при лечении невротиков¹. Особенно хорошие результаты наблюдал И. В. Стрельчук (1931а), применяя пролонгированный вынужденный сон при лечении алкоголиков.

В качестве важного вспомогательного терапевтического приема служит приведение больного, находящегося во вынужденном сне, в физио-

¹ Доклад на научной конференции Центральной психоневрологической больницы Ленинградского университета и часть восстановительной работы (май 1954 г.).

ниогда и в бодрствующем состоянии. В качестве примера упомянем С. и Ю., страдавшую в течение 20 лет тяжелой эмотиогенной дисфункцией желудка, радикально излеченной в течение одной недели применением смешанного метода психотерапии (положительный капаменез 20

Таким образом, подходи к каждому больному индивидуально, в зависимости от характера невротического состояния, анамнестических данных, типовых особенностей высшей нервной деятельности и т. д., мы применяем тот или другой из описанных выше видов психотерапии. Нам кажется вполне правильным положение, что тот же механизм, по которому невротическое состояние возникло (а затем и закрепилось), должен быть использован и при устранении его путем психотерапии. Для этого почти всегда достаточно быть приверженцем данного положительного внушения. Это может быть, хотя бы только, лежание с закрытыми глазами, дремоты или внушения сна.

Такой путь терапевтических мероприятий имеет значение также анализа имеющихся патофизиологических механизмов, ибо нередко приходится наблюдать, как ряд невротических симптомов, упорно не поддающихся воздействию в бодрствующем состоянии, легко устраняется в дремотном состоянии или в первом сеансе внушения во внушенном сне.

Наконец, в огромном большинстве случаев сеансы психотерапии мы завершаем более или менее длительным сеансом внушенного глубокого отдыха, создаваемого во внушенном сне. Это весьма способствуя закреплению и упрочению достигнутого словесными внушениями терапевтического эффекта, содействует уравновешиванию корковых процессов, повышает корковый тонус, в силу чего является весьма важным и эффективным терапевтическим приемом.

Однако следует подчеркнуть, что в какой бы форме ни была применена психотерапия, для ее успеха необходимо положительное отношение больного к врачу и полное доверие к нему, авторитет врача в глазах больного, умелый подход врача к больному с учетом его индивидуальных особенностей, к пережитым им «трудным условиям», которые и привели его к данному невротическому состоянию. Успех терапевтического воздействия оказывается словесным внушением, находится в прямой зависимости от такта врача, умения завоевать авторитет у больного, опытности врача и его знаний и, конечно, от его глубокого внимания к больному.

В своей психотерапевтической практике мы постоянно руководствуемся указаниями В. М. Бехтерева (1911), что «...как ни могущественна в известных случаях сила внушения и психотерапии вообще, принимая во внимание и влияние их на соматические функции организма, нет никакого основания, наряду с лечением внушением и другими видами, избегать лекарственного и физического лечения, показанного в той или иной болезни». «Мы полагаем, — говорит он в другом месте, — что современная медицина вообще не должна замыкаться в какой-либо один метод, а должна пользоваться всеми доступными для врача методами лечения, чтобы достигнуть соответствующего успеха».

Из приведенного нами клинического материала видно, что немалое число невротических заболеваний развивается по физиологическому механизму внушения и самовнушения. В этом мы также видим теоретическое обоснование целесообразности применения методов словесного внушения как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне.

Противникам же метода гипносуггестивной терапии следует знать, что, применяя этот метод, мы по существу не производим ничего необычного. Мы воздействуем на больного определенным

содержанием слова и делаем это в упорном для больного на-
правлении с целью устранить ссидирившиеся в коре его мозга патологи-
ческие динамические структуры или структуры, потерявшие в дальнее
время свое жизненное значение, и создать новые временные связи и дина-
мические структуры.

Подчеркивая важное положительное значение патогенетически пра-
вильно построенного словесного внушения, мы считаем совершенно
необоснованным то отрицательное отношение к нему, какое до сих пор
еще существует среди врачей, так же как и игнорирование большого
теоретического и практического значения метода психотерапии во внуши-
тельном сне. Как известно, придавая гипнотическому сну животного при пато-
логическом состоянии его мозговой коры особое значение, И. П. Павлов
отмечает, что «при экспериментальных заболеваниях нервной системы
почти постоянно выступают отдельные явления гипноза, и это дает право
принимать, что это — нормальный прием физиологической борьбы про-
тив болезнетворного агента»¹. По словам М. К. Петровой (1949), гипно-
тическое состояние «было самым эффективным терапевтическим мероприя-
тием из всех применяемых на большом количестве животных в течение
многих лет».

Следует отметить, что И. П. Павлов, признавая за первыми клетка-
ми коры мозга высшую степень реактивности и, следовательно, истощае-
мости, считал, что эта истощаемость служит «главным толчком к конче-
нию в клетке особого процесса торможения, экономического
процесса (разрядка наша. — И. П.), который не только ограничи-
вает дальнейшее функциональное разрушение, но и способствует вос-
становлению истощенного раздражимого вещества»², ибо в условиях вну-
шенного сна, действительно, имеет место процесс восстановления, т. е.
сдвиг в сторону анаболизма.

Все эти соображения призваны окончательно устранить встречаю-
щиеся еще до настоящего времени и решительно ни на чем не основанные
суждения о «патологичности» и о «вредности» гипнотического состояния
для здоровья человека.

Применяемая врачом формула внушения действительно получает
весьма важное и чрезвычайно ответственное значение, ибо именно в ней
самой лежит ключ к успеху психотерапии. Существенно важно, что
слово врача падает на кору мозга больного, лежащую в состоянии
пониженного тонуса, обусловленного как состоянием внушенного сна,
так и самим невротическим заболеванием и связанной с ним отрицательной
истергизирующей амплией. В силу этого по внушенному сну слова внушаю-
щего врачевского воздействия могут зафиксироваться надолго, а очло
входя в корковые динамические структуры. Поэтому та или иная воз-
можность их истергизирующего воздействия должна быть предска-
зана врачом и полностью устранена. Вот почему слова терапевтического
словесного внушения должны подбираться весьма тщательно и должны
быть достаточно хорошо продуманы и изложены в форме, не
допускающей какого-либо двойного толкования. В этом существе дела,
ибо все искусство врача состоит в патогенетически правиль-
ном применении слова. Миссия врача при этом приобретает
особенно ярко выраженный творческий характер, а вместе с тем и она ста-
вится чрезвычайно ответственной. Формула внушения словом должна
быть не только вполне четкой, но и направленной прямо в цель. Она дол-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей
нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1954, стр. 46.

² Там же, стр. 285.

жна произности в корковой динамике больного необходимые стойкие и глубокие перестройки.

Необходимо подчеркнуть, что общепринятое выражение «лечение гипнозом» в данном случае является не вполне точным, так как само стояние внушенного сна «лечит» лишь в той мере, в какой оно является удлиненным восстановительным сонным торможением. Что же касается прямого терапевтического эффекта в виде «забывания» травмированных психику событий и пр., то это достигается, конечно, только самим держанием лечебных внушений.

Следует добавить, что при пробуждении больного после сеанса в пленного сна врач должен убедиться в том, что больной совершенно освободился от сонного торможения. В случае неполного пробуждения, т. е. неполного растормаживания коры головного мозга, могут возникнуть место явления длительно сохраняющейся сонливости. Во избежание этого больного следует снова погрузить в легкую дремоту, из которой его пробудить словами «Теперь вы вполне проснулись и пришли в обычное бодрое состояние!»

Как отмечает В. М. Бехтерев (1911), такое повторное внушение устраняет все нежелательные явления, возникшие вследствие гипноза: «Отсюда должно быть ясно, — подчеркивает он, — что гипнотизировать может и имеет право только врач, причем ни в коем случае не допустима сеансы гипноза и внушения лицам несведущим, а тем более не врачам».

Итак, мы приходим к заключению, что вредным может быть не само гипнотическое состояние, чего раньше многие опасались, а именно травмирующие психику слова врача или же неумело сделанное внушение.

Мы считаем лишними основания опасения, что вследствие частых сеансов словесных внушений по внушению сна у больного может ослабеть волевая способность или же развиться повышенная внушаемость. В силу большой функциональной мозаичности мозговой коры врач может воздействовать словесным внушением лишь на определенные корковые динамические структуры, не затрагивая огромного количества других структур. Этим исключается опасность общего повышения внушаемости или же какого-либо ослабления волевых качеств больного. Некоторое повышение внушаемости может и должно иметь место лишь в отношении к усыпляющему слову.

Заметим, что явления повышенной внушаемости могут развиваться и в бодрствующем состоянии, что наблюдается, например, во всех случаях тесного общения между людьми, когда эта повышенная внушаемость определяется возникшим и укрепляющимся доверием к человеку.

Сильные же волевые качества может произойти лишь в случае применения книжки или с помощью словесного внушения, направленного именно на внушение сна, что не исключает и в этом отношении установкам советского врача. Поэтому такого рода опасность совершенно отпадает. Если врачу оказано огромное доверие тем, что в его руки дан весьма значительный ассортимент различного рода физических и химических средств, которые при неправильном обращении с ними могут оказаться ядовитыми, отравляющими или же чрезмерно сильно действующими, то нет никаких оснований отказывать ему в праве, с той же степенью ответственности, приводить больного в состояние внушенного сна и делать ему в этом состоянии соответствующие физиологически обоснованные словесные внушения.

Следует отметить также известное в литературе положение, свидетельствующее о том, что внушения, противоречащие прямым личным интересам уснувшего или его моральным установкам, как правило,

остаются не реализующимися. В этом нам приходилось многократно убеждать во время исследований людей, имевших симпатизующую физику в гипнотизме. Несмотря на их, казалось бы, чрезвычайно повышенную внушаемость, далеко не все внушаемое ими реализовалось.

Тем не менее необходимо отметить, что уже в бодрствующем состоянии больного неосмотрительно сказанные врачом слова могут вести к внушению, и, следовательно, к гипнозу. Однако, если врач, находясь в состоянии бодрствования, произносит слова в форме императивного внушения. Необходимо учитывать, что атрогенизировать может не только содержание слов врача, но и интонация, которая ничего не значащему слову может придать определенный смысл.

Принимая все это во внимание, мы подчеркиваем необходимость соблюдать требования «всепринятого» внушаемого слова. Врач может и должен применять словесное внушение во внушенном сне и делать это с такой уверенностью и спокойствием, с которыми хирург владеет ножом.

Итак, состояние внушенного сна как такового, а также патогенетически правильное терапевтическое внушение словом является безвредным. Поэтому имеется полная возможность использования гипноза в качестве средства для лечебных, диагностических или научно-исследовательских целей, связанных, например, с изучением ряда физиологических процессов и состоянии, наблюдающихся в организме человека (К. И. Платонов, 1930г).

ПРИЧИНЫ НЕУДАЧ ПСИХОТЕРАПИИ

До сих пор нами намеренно приводились главным образом примеры успешного применения психотерапии. Это было сделано с целью показать, что именно она может дать, как и когда следует ее применять, чтобы добиться успеха. Однако бывают случаи, когда те или иные методы психотерапии остаются безрезультатными или же недостаточно эффективными.

Какие могут быть причины неудачного применения психотерапии?

Причина неудачи может лежать во многом. Отсутствие эффективности может быть прежде всего обусловлено ошибкой в диагностике заболевания или недостаточно продуманной врачом и поверхностно проведенной психотерапией (например, без вскрытия психогенеза или же при ошибочном понимании психогенетического значения того или иного фактора и т. д.). Ошибка может лежать в неумелом, нечутком подходе врача к больному или в том, что врачу не удалось установить необходимого контакта с больным и обеспечить полного доверия к себе со стороны больного. Это может быть обусловлено наличием какого-либо не учитываемого врачом фактора в жизни больного, например, неблагоприятной ситуацией, сложившейся в семье или же создавшейся в обстановке его трудовой деятельности. Затем причина может лежать в патологической инертности его корковых процессов. В этом отношении весьма показательны отсутствие стойкого успеха психотерапии у лиц, принадлежащих к крайне слабому типу нервной системы и требующих применения, наряду с психотерапией, укрепляющей физио-фармакотерапии. Большим препятствием успеху психотерапии может быть неопытность больного. Наконец, причина может лежать в скрытой заинтересованности больного продолжать болеть (например, при нежелании больного избавиться от атрофии) или же казаться большим.

Неблагоприятным фактором может оказаться упорное применение врачом какого-либо одного метода психотерапии (на пример, гипноз)

гестивного метода) и игнорирование им других методов, например, разносторонней терапии в бодрствующем состоянии, косвенной психотерапии, наконец, тренировочных приемов (упражнения в самостоятельном выполнении по указаниям большого, страдающего агорафобией) и т. п.

Конечно, мы допускаем возможность отсутствия у начинающего врача достаточного опыта в проведении гипносуггестивной терапии. Этот опыт не столь сложен — требуется лишь овладение методикой несного усыпления и проведения лечебных внушений. Для всего этого необходима достаточная чуткость и вдумчивость, а также знание приемов усыпления и внушения. Все это должно достаточно хорошо практически усваивать и молодой врач еще в медицинском институте.

Чтобы доказать, как точно в отдельных случаях врач должен подходить к пониманию причин, лежащих в основе невротического заболевания, приведем следующее наблюдение.

Больная Ф., 36 лет, домашняя хозяйка, обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института летом 1947 г. с жалобами на «боли в голове и сердце», на «выпирающие глаза», бессонницу и обипатнико-абулическое состояние, на фоне которого по временам появлялись приступы затмепенного сознания с неправильным восприятием.

Путем нескольких продолжительных анамнестических бесед установлено следующее. Вышла замуж по настоянию родных, мужа никогда не любила, им недовольна, придирчива к нему, в то же время горюшка, любящая мать, хорошая хозяйка. Много лет назад перенесла сильное маточное кровотечение, ангину. Настоящее болезненное состояние появилось год назад и продолжало прогрессировать. Весной 1947 г. возникло резкое ухудшение состояния: стала тревожной, бездеятельной, дом задушила, постоянно шла, что она «всем в тягость», часто плакала, надоедала и домашним, и врачам своими бесконечными жалобами на различные соматические ощущения.

Приступы затмепенного сознания выражались в том, что, проявив беспокойство, она кого-то искала, звала дочь, которой уже не было. Из-за резко усилившихся головных болей помещена в клинику нервных болезней, где был поставлен диагноз: «дисцефальный постинфекционный синдром». В клинике состояние ухудшилось, вместе с тем проявилась крайняя самовнушаемость больной. Так, зная диагнозы болезней своих соседок по палате и наблюдая их болезненные симптомы, она тотчас же все их находила у себя, приписывала себе все эти болезни. После 1½-месячного лечения была выписана без улучшения. Стала еще более рассеянной, мужа не отпускала от себя ни на минуту. Надоедала, что ей при жет лечение не помогает, обратилась к другому психотерапевту, который провел пять сессий гипносуггестивной терапии. Во время этих сеансов больная спала, однако об улучшении не говорила. После всего этого она обратилась в диспансер.

Врач диспансера, учитывая безрезультатность лечения в предыдущих лечебных учреждениях, поступил иначе. Он создал для больной условия, в которых она могла долго высказываться о своей болезни, об условиях своей семейной жизни, своих вкусах, интересах и пр. Врач терпеливо выслушивал больную. Во время этих бесед он заметил, что хотя больная говорила о себе много, она не была откровенна, скрывая интимные стороны своей жизни, о которых врач мог лишь догадываться.

Наконец, когда врач разобрался в состоянии больной и семейная жизнь ее стала ему понятна, он старался, как бы интимней разговорился с больной о семейных взаимоотношениях и переживаниях героини одного известного английского бульварного романа, на основе картинных и литературных сюжетов, описанных в романе. В заключение

врач как читатель сделал моральный вывод, порицающий поведение героини и вызывающий сочувствие к ее мужу. Беседа была проведена с целью показать, что в семье больной аналогичное положение: муж ее, инженер, много работал, поздно приходил домой, недосыпал, по выходным дням ездил в отдаленные районы за продуктами, тратя силы и свои деньги на заботу о семье. Больная же, будучи физически в хорошем состоянии, считала, однако, что работать не может, всю домашнюю работу должен был за нее выполнять ее муж, доведенный состоянием больной до отчаяния.

Больная чрезвычайно внимательно слушала врача и не прерывала беседы, однако с тех пор больше в диспансер не являлась. Оказалось, что после этой беседы больная совершенно преобразилась: стала живой, деятельной, у нее исчезла апатичность, тревога и страхи, она стала уравновешенна, трудолюбива. На вопрос, что именно изменило ее, ответила: «Одно слово врача спасло меня и я стала здоровой». Как было в дальнейшем выяснено, этим словом было слово «кукла»: больная поняла, что врач провел прямую аналогию между ней и парализованной в своей семье героиней романа, сравнивая последнюю с куклой. По словам больной, ей «было обидным такое сравнение»: оно заставило ее почувствовать, что и она в своей семье играла такую же роль, как и героиня романа М. И. Капиур).

Таким образом, мы видим, что, наряду с другими врачебными воздействиями (разъяснения и убеждения), проведенная врачом аналогия содействовала перестройке психики больной и помогла ей найти свое место в жизни.

Необходимо отметить, что всяком словесных внушений, проведенных первым психотерапевтом в порядке гипносуггестивной терапии, не дали терапевтического эффекта, поначалу, потому, что они проводились чисто механически, без длительных разговоров, причем больной внушалась «успокоенность», «заслуженное пережитое», «бодрость духа», «необходимость изменения отношения к мужу» и пр. Врач делал это сухо и без детального выяснения анамнестических данных.

Итак, мы видим, что в определенных случаях при умелом и чутком подходе врача к личным переживаниям больного можно устранить имеющиеся нарушения, помочь больному создать нормальные семейные или общественные отношения.

МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОГО ВЛИЯНИЯ

Внушаемость есть явление, свойственное всем и каждому. Оно глубоко коренится в природе человека и основано на непосредственном влиянии слова и других психических импульсов на ход ассоциаций, действия и поступки и на различные отправления организма.

В. М. Безтере

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ФОРМУЛ ВЛИЯНИЯ И УБЕЖДЕНИЯ

Необходимо учесть, что слова внушения при благоприятных условиях могут оказывать огромное влияние на все процессы, протекающие в коре головного мозга. Эти слова представляют формулу внушения.

Что касается формулы убеждения, то она строится на системе логических доводов и последовательно разворачиваемых доказательствах. Например, «обучение родам» в системе психопрофилактики родовых болей, противоалкогольные беседы и т. д. Врач разъясняет больному действительное положение вещей, неосновательность сделанных больным выводов в отношении тревожащих его фактов или травмировавших его событий и т. п. Таким образом, под влиянием слов врача в коре мозга больного должна создаваться новая система отношений, ограничивающая значение возникших в ней патологических динамических структур, и должны образоваться новые жизненные установки, правильно ориентирующие больного в данной области.

В других случаях терапевтическое внушение должно иметь форму императивного сообщения о том, что именно с внушаемым уже произошло. Например: «Пережитое вами событие уже отошло и далекое прошлое и больше вас не волнует, вы относитесь к нему вполне спокойно, ваша жизнь идет теперь вполне нормально, самочувствие хорошее, почвой сон крепкий и спокойный. Имя: «Все вами прошлые тяжело переживания вами уже забыты, а при случайном воспоминании о них вы относитесь к ним уже спокойно. Имя при лечении алкоголика: «Влечение к употреблению спиртных напитков у вас уже нет, наоборот, вы испытываете совершенно непреодолимое отвращение к вину» и т. п.

Вместе с тем формулы должны быть выражены в простых и понятных словах, но своему характеру отвечающих индивидуальным особенностям больного, уровню его интеллектуального развития, а также его состоянию и пр. Они не должны вызывать никакого

В более сложных случаях формула внушения может быть расширена, причем текст внушения должен быть предварительно продуман и оттактирован. Для этого он может быть даже заранее заготовлен в письменном виде. Производя внушение, врач должен произносить слова авторитетно и твердо, уверенно и спокойно, повторяя формулы несколько раз (через некоторые промежутки времени), пока желаемые ею условнорефлекторные связи достаточно упрочились. Следует особенно подчеркнуть, что каждое слово, предназначенное для внушающего воздействия во внушаемом сне, является для коры мозга больного или отдаленно роковым раздражителем, смысловое значение которого не зависит от того, как оно будет воспринято больным.

Содержание формулы внушения определяется не только содержанием самой формулы внушения, но также и тем, как она произносится. Сила внушения зависит от силы ударения, от темпа и ритма ударениями, отвечающими смысловой значимости произносимых слов, и пр. Кроме того, при внушениях в гипнотическом сне речь должна быть вежливой.

Содержание формулы терапевтического внушения, ее структура, ее прямая и четкая патогнетическая направленность имеют огромное значение, так как нередко полное устранение имеющегося патологического синдрома требует ряда повторных (5—10—20) сеансов внушения.

Следует отметить, что в словах внушения не должны получать отражения взгляды самого врача, тем более если они не отвечают социальным установкам или точке зрения больного либо же затрагивают его самолюбие, его отношения с близкими и т. д. Естественно, что такое незаконное вмешательство в личную жизнь больного может повредить успеху внушения, так как неизбежно встретит со стороны больного прямое противодействие.

Вместе с тем формула внушения всегда должна быть вполне четкой и определенной. Нельзя внушаемое относить к какому-то неопределенному будущему, например, говорить: «Ваша нервная система окрепнет (?), припадки прекратятся (?), вы будете (?) чувствовать себя здоровым» и т. п. В такой неопределенно построенной формуле внушения речь идет о каком-то неизвестном будущем, когда все это должно будет произойти.

Как уже было отмечено, в некоторых случаях внушение во внушаемом сне может иметь характер либо мотивированного разъяснения или убеждения, либо авторитетного наставления или совета (мотивированное внушение, по В. М. Бехтереву и Г. Левенфельду).

Формула внушения может предусматривать немедленную или отсроченную реализацию его. В последнем случае должен быть предусмотрен точный срок или определенные условия реализации внушения.

Нет сомнения в том, что эмоциональное состояние больного, имеющее место во время лечебного внушения, должно быть в центре внимания врача. В применяемой им формуле внушения это должно быть отражено в полной мере. Вместе с тем и слова внушения также должны быть эмоционально окрашены.

Если образ жизни динамической структуры был связан с чрезмерно сильной отрицательной эмоцией, то, как мы уже говорили, создается условия для возникновения больного пункта с более или менее стойкими непротивоположными эмоциями.

Когда производится внушение: «Пережитое вами событие уже отошло в прошлое, оно вас больше уже не волнует», повторяемое несколько раз, то вызывает торможение имеющегося очага концентрированного раздражения, а это в свою очередь приводит к ослаблению окружающей его зоны.

отрицательной индукции, а в силу этого — и к устранению самого «бессмысленного пункта». Слова «пережитое отстоит в прошлое» — это тормозящий условный рефлекс (условный тормоз), прямым образом направленный на устранение того патологического состояния, каким является «бессмысленный пункт».

Таким образом, построение формулы терапевтического внушения есть результат детального изучения врачом условий развития невроза. Поэтому и составу терапевтического внушения врач-психотерапевт должен в известной мере готовиться так, как, скажем, хирург готовится к хирургической операции, — заранее обдумывая свою тактику и предусматривая возможные обстоятельства и осложнения, в силу которых внушаемое слово может оказаться действующим иначе, чем это мыслит врач.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСВЕННОГО ВНУШЕНИЯ

В практике психотерапии в случае неэффективности прямого словесного внушения исключительное значение всегда имеет косвенное внушение. При нем формула внушения подкрепляется строгими определенными и конкретными условиями, при наличии которых внушаемое должно будет реализоваться. Эти условия могут быть либо простыми, либо более или менее сложными.

Так, если врачебная задача ограничивается, скажем, получением эффекта обезболивания (например, при родах), методика косвенного внушения весьма проста. Она сводится в бодрствующем состоянии больного примерно к следующему внушению: «Вам сейчас будет сделан укол (или еда, аналгестическая микроклизма и пр.), после чего боли тотчас же прекратятся, вы заснете и будете спокойно спать в течение 2 часов». м. 40. 1. 12. Следует отметить, что такое внушение, как и любое другое, может оказаться эффективным только в том случае, если оно будет произведено в бодрствующем состоянии больного, а не в состоянии сна или под влиянием гипноза. В противном случае эффект будет отрицательным.

В более сложном случае, когда, например, ставится задача лечить таким путем невротическое заболевание, врач поступает следующим образом. Проанализировав заболевание, он назначает больному ту или иную индифферентную микстуру (или индифферентные по отношению к данному заболеванию физиотерапевтические процедуры). Это назначение врач сопровождает следующими словами внушения, производимого в бодрствующем состоянии больного: «Вам выписана микстура (или назначены процедуры), которую надо принимать... раз в день, в течение... дней подряд. С каждым приемом микстуры (или назначением процедуры) заболеванию будет заметно ослабевать, ваши силы будут заметно прибавляться, аппетит и покой все станут очень хорошими. Когда это назначение выполните полностью, вы будете совсем здоровы: эта микстура (или процедура) вас вылечит». Такое внушение должно ежедневно подкрепляться самим врачом в той же форме, скажем, при утренних врачебных осмотрах.

Таким образом, и в том, и в другом случае имеется определенное назначение врача, действие которого конкретизировано, направлено и подкреплено словесным внушением. Следует подчеркнуть, что если внушение не будет придана такая конкретная форма врачебного назначения, то эффективность его реализации, конечно, будет невелика. При указанной же методике эффект проявится в той или иной мере уже после первых приемов микстуры (или процедуры), и в последующем будет возрастать, достигая, наконец, наибольшей величины к тому времени, когда все назначения врача будут выполнены.

Как мы видим, при данном методическом приеме положительный результат терапевтического воздействия достигается именно путем внушения, подкрепленного первосигнально конкретным врачебным назначением.

Какие физиологические механизмы участвуют в его реализации?

По-видимому, решающее значение имеет в этом случае одновременное, согласованное и выправленное воздействие на корковую регуляторную функцию больного двух факторов — словесных внушений врача и самого процесса выполнения его назначения, составляющих единый комплекс врачебного воздействия. Оно имеет своей целью не только мобилизовать регуляторную функцию коры мозга больного, и направить ее в нужную сторону, но и подкрепить ее соответствующими первосигнальными условнорефлекторными связями.

Далее, так как при сложном внушении выполнение врачебных назначений растягивается на несколько (5—6) дней, то результат его становится ощутимым для самого больного, что еще более усиливает степень внушающего воздействия всего комплекса. Заметим также, что реализация внушаемых элементов, какие должны произойти в состоянии организма больного, требует времени не только для их осуществления, но и для упрочения.

Метод косвенного терапевтического внушения содержит скрытый от больного условнорефлекторный фактор, прямым образом воздействующий на его корковую регуляторную деятельность. Этот метод в лечебной практике имеет весьма широкое применение. Например, высокая значительную эффективность психотерапии, осуществляемой путем косвенного внушения, весьма многочисленны. Этот метод может быть использован в практике всех лечебных учреждений, как клинических, так и поликлинических. Он применялся Ю. В. Каппабихом, В. Ф. Зелениным и др. (1935) для лечения внутренних болезней, А. Л. Мясниковым (1954) при гипертонической болезни, С. М. Бергом при малых хирургических операциях, Н. Г. Белоном (1941) и А. И. Картамышевым (1942) при лечении некоторых дерматозов, нами (1930, 1940, 1941) при обезболивании родов, при токсикозах беременности и пр.

Приводим несколько примеров.

1. Роженица К., 33 лет, первородящая. Сильно реагирует на болезненные схватки, крайне возбуждена и возбуждена. После соответствующих убеждений о необходимости инъекции болеутоляющего вещества подкожно введен в область ягодицы 1 мл индифферентного средства. После этого роженица быстро уснула, с удовлетворением отметив полное прекращение болей. Испытывая, по ее словам, лишь ощущение «тупости в пояснице». Осмотр зеркалами показал раскрытие шейки матки на $1\frac{1}{2}$ пальца. Схватки продолжались, в связи с чем те же инъекции были повторены. Жалоб на боли не было, и до конца родов роженица вела себя спокойно. В своем отзыве она написала: «После применения обезболивающего средства в течение всего остального периода родов я более совершенно не чувствовала, за исключением чувства давления в поясничной области». Операция кюретажа матки и наложение швов на ее шейку также прошли безболезненно (наблюдение К. П. Прохвовой).

2. Роженица С., 25 лет, первородящая. Жалобы на сильные боли. Во время успокоительной беседы была дана сода, причем было внушено: «Это — снотворное, вы сейчас заснете и более чувствовать не будете». Через несколько минут роженица заснула и спокойно проспала 1 час 15 минут. После пробуждения жаловалась на «терпимые боли». Вновь даю тот же порошок с тем же утверждением, и вновь возник сон, длившийся в течение часа. После пробуждения жалоб на боли уже не было. Судя по

поведению и спокойному состоянию роженицы, боли действительно не было. Статки учащались, однако роженица сохраняла полное спокойствие. В начале периода потуг для поддержки полученного эффекта поставлена водяная микроклизма как «предупреждающая боль». Болевые ощущения отсутствовали до конца периода нагнания, причем прорезывание головки прошло также безболезненно (наблюдение И. Т. Цветкова).

По методу косвенного внушения И. Т. Цветковым и К. Н. Прохасовой было проведено обезболивание у 197 рожениц со следующей эффективностью (по пятибалльной системе): оценка 5 была поставлена 28,4%; 4 — 29,1%; 3 — 24,4%; 0 — 18,8%. Эти цифры должны привлечь к себе серьезное внимание.

Итак, мы видим, что косвенное терапевтическое внушение всегда связано с конкретным предметом, создается через вторую сигнальную систему, но реализуется при посредстве раздражителя, воздействующего на первую сигнальную систему. Кроме того, его всегда нужно делать в безусловной, императивной форме.

Следует отметить, что при применении всякого медикаментозного или физиотерапевтического средства роль внушения не может быть исключена, что нужно учитывать при оценке эффективности действия того или иного терапевтического средства. Однако не всегда возможно определить, какая именно доля успеха падает на чисто медикаментозное или физиотерапевтическое воздействие. Во всяком случае мы считаем, что все лечебные мероприятия необходимо сопровождать соответствующим, патогнетическим направленным словесным подкреплением.

Такое терапевтическое внушение, сопровождающее и подкрепляющее применение лекарственных средств, имеет своим объектом Выяснив условия и особенности данного заболевания, врач назначает больному необходимое лечение (медикаментозное, физиотерапевтическое), сопровождая это назначение примею следующими словами внушения, произносимого в бодрствующем состоянии больного: «Вам назначено лечение, которое вы будете получать в течение ... дней подряд. Каждый прием назначенной вам таблетки и процедуры будет оказывать на вас сильное благотворное действие. С каждым таким приемом ваше заболевание будет заметно ослабевать, а ваши силы будут заметно прибавляться, аппетит и почтой сон станут очень хорошими. Когда вы это назначение выполните полностью, вы будете совсем здоровы: назначенное мною лечение вас вылечит». Такое внушение, в той же форме, должно подкрепляться лечением врачом ежедневно, при каждом его утреннем обходе.

В данном случае лечение лечебных назначений будет усилено и подкреплено словесными внушениями. Часто такой методический прием приводит к значительному повышению эффективности воздействия медикаментозного средства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ САМОВНУШЕНИЯ В ПСИХОТЕРАПИИ

Отмечая необходимость разработки вопроса об использовании самовнушения, В. М. Бехтерев (1911) говорил: «... без сомнения, успешно можно пользоваться самовнушением и в терапевтических целях, для осуществления чего должны быть выработаны особые приемы». По его наблюдениям, время, наиболее подходящее для осуществления самовнушения, — это период перед засыпанием и период, следующий за пробуждением, когда клетки коры мозга находятся в фазовом состоянии.

В. М. Бехтерев считает, что для каждого отдельного больного должна быть выработана своя определенная формула самовнушения, которая

должна соответствовать данному случаю и должна произноситься от своего имени, в утвердительной форме и в настоящем, а не в будущем времени». Допустим, говорит Бехтерев, что человек, привыкший к вину, хотел бы путем самовнушения лечиться от своего недуга. Он должен произносить самовнушение в следующем виде: «Я для себя зарок не только не пить, но и не думать о вине; теперь я совершенно освободился от пагубного соблазна и о нем вовсе не думаю». Такого рода слова самовнушения нужно произносить вполголоса «но много раз, перед сном и утром, едва проснувшись, и притом с полным... сосредоточением». В. М. Бехтерев считает, что для многих больных такое самовнушение может стать действительным. При этом также нужно иметь в виду, что для реализации самовнушения необходимо определенное психическое состояние.

В. М. Бехтерев (1886) предложил еще другой прием самовнушения, применяемый во внушенном дремотном состоянии. Больной вполголосом точно повторяет формулу и, упиная, произнесенную врачом, но уже от собственного имени, например: «Во имя бога о кареющей мне обещании уже не волнуюсь». «И спиритическим пальцам и уже относясь к перстению безразлично» и т. п. Такие внушения врач, а вслед за ним и больной повторяют 2—3 раза. Нет сомнения в том, что и этот методический прием, исходящий в своей основе из физиологических механизмов условнорефлекторной связи, вырабатываемой и закрепляемой в сфере второй сигнальной деятельности, в частности, деятельности речедвигательного анализатора, имеет практическое значение.

При обучении больных приемам самовнушения бывает полезным продемонстрировать перед ними описанный в свое время И. Р. Тархановым идеомоторный феномен, как известно, хорошо иллюстрирующий положение о том, что «мысль о движении есть уже начало движения».

Этот чисто дидактический прием состоит в следующем: на шнуре длиной 30—35 см подвешивают небольшой груз — металлический шарик, чайную ложку и т. п., а его свободный конец врач зажимает между большим и указательным пальцем своей правой руки, которую он, сидя на стуле перед больными, сидящими вокруг него, поднимает до уровня своей головы и, слегка согнув в локтевом суставе, неподвижно держит в таком положении. Выдав некоторое время, пока качания подвижного на шнуре груза не прекратятся совершенно, врач сообщает больным, что он сейчас начнет воображать, т. е. внушать себе, что груз начинает раскачиваться, как маятник, в определенном направлении, например, в направлении от него к сидящему против него больному. И все присутствующие тотчас же начинают замечать, что при неподвижности руки врача подвешенный на ней груз, постепенно раскачиваясь, действительно начинает совершать все большие и большие размахи в том именно направлении, каково было задано. Кроме того направление задуманного движения, можно тем же путем заставить груз раскачиваться в другом направлении или же совершать не качательные, а круговые движения и притом по направлению движения часовой стрелки или же в противоположном направлении. И, наконец, тем же порядком, воображая что груз останавливается и стоит «как вкопанный», он может быть остановлен.

По этому поводу И. П. Павлов отмечает, что «раз вы думаете об определенном движении (т. е. имеете мнимое представление), вы его и совершаете, этого не замечая, производите» (разрядка наша. — К. Н.)¹. Таким образом, «при каждом движении мы

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. Медиз, 1951, стр. 440.

производим его фактически абстрактно. Следовательно, инпервационный процесс может быть, хотя и не осуществляется в действительности¹.

Такой «эксперимент» обычно производит на больных сильное впечатление, убеждая их в полной реальности явления самовнушения и побуждая к работе над собой в этом направлении.

Приводим пример успешного применения больным самовнушения при лечении дерматоза (экзема кистей рук), развившегося на фоне неврастенического заболевания.

Больная И., 43 лет, врач, хорошо знакомая с методикой внушения, обратилась с жалобами на психогенную экзему, появившуюся у нее на кистях обеих рук, на продолжавшейся в течение нескольких лет обильное неврастеническое состояние и значительное истощение, обусловленные зудящей экземой, что резко снизило ее работоспособность.

После безрезультатного обычного лечения больная обратилась к нам для психотерапии. Ей разъяснен условнорефлекторный механизм образования и развития ее экземы, после чего она, ознакомившись с монографией А. И. Картамышева (1942) и с демонстрированным ей идеомоторным феноменом Тарханова, стала решительно бороться со своим сильным желанием почесать кожу на месте зуда, что ей удавалось лишь с чрезвычайным трудом путем отвлечения внимания. Тем не менее это вело к ослаблению зуда. Однако стоило ей обратить внимание на свои руки, как чувство зуда тотчас же снова овладевало, и на ее глазах без почесывания появлялся пузырек с серозной жидкостью, вскоре становившейся гнойной. Вследствие этого у нее возникла навязчивость, напряженное ожидание образования этих пузырьков. Для активной борьбы с этой навязчивостью она стала усилием воли заставлять себя в этот страх и эти ожидания. Она внушала себе спокойствие и безразличие и равнодушно относилась к зуду. Через месяц упорной работы над собой она стала не замечать зуда, не бояться его, но все путем отвлечения внимания (что очень тяжело). Напротив, она стала думать о зуде, но думать о нем спокойно, без волнения.

Эта борьба продолжалась около двух недель, в результате чего представление, мысль или разговор об экземе, происходившие без всякого волнения, уже не вызывали больше зуда и экземы.

Через 6 лет у нее вновь после длительной (около 6 месяцев) психической травмы внезапно появился зуд на правом предплечье. Почесывание в этом месте привело к образованию слившихся пузырьков с серозной жидкостью. Путем самовнушения, что это — рецидив той же экземы, применяя описание выше приема, она излечилась. Следует отметить, что новая психическая травма привела к рецидиву экзематозного поражения на новом месте, но вызвала рецидив на прежнем.

В данном случае самой больной удавалось путем самовнушения, связанного с огромным напряжением сил, создавать в коре мозга сильные очаги концентрированного возбуждения, отрицательно индуцировавшие области патологического раздражения; иначе говоря, оказывать направленное воздействие на свою собственную корковую деятельность, а через нее — и на кожную рефлексу.

Следует отметить, что в соответствующих случаях мы иногда применяем в качестве вспомогательного терапевтического приема внушение сновидений.

Так, больной, упорно боявшейся самостоятельно стоять и ходить (этиопатоз), во внушенном сновидении было внушено сновидение, в котором

¹ И. П. Павлов, Двухлетный опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 366.

она «видит себя легко и свободно ходящей по магазинам». Это сновидение, реализовавшись, произвело на нее настолько сильное впечатление, что подвело у нее веру в выздоровление и повысило готовность действительно проводить задаваемые ей упражнения, заключающиеся в самостоятельном хождении по квартире, а затем и по улицам. После этого сновидения у нее наступило резкое улучшение, еще больше укрепилась уверенность в выздоровлении.

Отметим также возможность «оживлять в памяти» больного во внушенном сне содержание забытых им ночных сновидений, косвенно оказавшихся связанными с развитием тех или иных невротических симптомов. При анализе генеза невротического состояния это обстоятельство также полезно иметь в виду. Иллюстрируем это одним из наших наблюдений (1925).

1. Больная В., 22 лет, обратившись к нам по поводу развилки сна у нее невротического состояния, сообщила что последнее возникло после того, как она однажды проснулась в состоянии безотчетливой тревоги. С того дня у нее началось тревожное ожидание «чего-то ужасного» и постоянное беспокойство, а также повышенная раздражительность, учащенное сердцебиение, похолодание конечностей, диссомния.

Внезапное развитие невротического состояния после ночного сна заставило нас предположить возможность какого-либо сновидения, которое могло быть так или иначе связано с началом заболевания. Для этой цели во время внушенного сна, углубленного путем ряда повторных пробуждений и усилений, с соответствующими внушениями, мы заставили больную вспомнить забытое ею сновидение. И больная рассказала, что она «видела во сне картину наведения на ее квартиру бомбителей». Не выводя ее из гипнотического сна, мы сделали разъяснительное внушение, а также внушения окончательного забвения ею этого сновидения, после чего она получала односторонний внушенный сон-отдых. После пробуждения больная оказалась совершенно спокойной и бодрой, все явления прежнего невротического состояния исчезли. После этого она находилась под нашим наблюдением в течение нескольких месяцев. Хорошее состояние и самочувствие ее не покидали.

Иногда в ночных сновидениях отражается аффективность уже проведенной психотерапии.

2. Больной К., 32 лет, в 1921 г., будучи на фронте, перенес контузию головы с потерей сознания, после чего страдал припадками «кички д-пой истерии», а через полгода — эпилептоидными припадками (судороги, потеря сознания, непроизвольное мочеиспускание) до 1923 г. С начала заболевания отмечаются резкая потливость, раздражительность, тикозные подергивания в мышцах лица, кошмарные сновидения, не переносит громких звуков и музыки. Однажды, посетив оперу, он слег после этого на две недели в постель. С 1921 г. возникло заикание. В 1931 г. обратился в железнодорожный психоневрологический диспансер по поводу обострения всех этих явлений, возникшего после перенесенной им глубокой психической травмы (внезапное заболевание жены и ее смерть).

На 3-м сеансе внушения, проводившихся по внушенному сне, было отмечено общее улучшение. Наряду с этим, произошел перелом в характере постоянных кошмарных сновидений. Это выразилось в том, что в сновидениях вместо обычного до этого дня бегства от падающего на него противника больной стал видеть себя обороняющимся от него, а после 5-го сеанса психотерапии в сновидениях впервые стал видеть себя и в а д а ю щ и м на своего противника. Добавим, что в дальнейшем, после 7-го сеанса, он, по предложению лечащего врача, смотрел звуковую кинокартину, причем спокойно просидел до конца сеанса, а то время как до лечения не мог переносить шума метронома (и при попытке

усыпления с его помощью). После 10-го сеанса лечения преобладающей стала значительно спокойнее, поведение адекватно, исчезла паничность, настроение бодрое, значительно ослабло заикание. Звук раздражения, даже сильные, переносит спокойно, хорошо спит, уменьшился гипергидроз, прибавил в весе. Через несколько месяцев при дистансер писем с благодарностью «за возвращение к жизни», считая себя здоровым (наблюдение М. И. Холоденко).

3. Больному, художнику по профессии, для устранения реактивной невротического состояния проведено три сеанса гипносузгестивной терапии с внушением успешности и выздоровления. После первого сеанса почувствовал значительное облегчение, а во время третьего сеанса дел сновидение следующего содержания: лечащий врач острым ножом уверенно вырезал имеющийся на его груди «нарост». Операция безболезненная и бескровная. После операции он почувствовал во сне легкость в груди, и у него появилось чувство радости и счастья, с которым больной сам проснулся. После этого сеанса у него полностью исчезли все неприятные ощущения в области груди, а также тревога, навязчивые мысли и представления, восстановился нормальный сон и работоспособность (наблюдение М. И. Кашнур).

Таким образом, в данном случае у больного, принадлежащего, по видимому, к художественному типу высшей нервной деятельности, пережитое им чувство облегчения отразилось в его периферической сигнальной системе в виде символической картины сновидения (подробнее о больном см. стр. 358, пример 4).

Приведенные нами примеры достаточно убедительно говорят о том, что содержание сновидений в ряде случаев может косвенным образом свидетельствовать о степени успешности проведенной психотерапии.

МЕТОДЫ УСИЛЕНИЯ И ПРОБУЖДЕНИЯ

В заключение остановимся на рассмотрении вопроса о методике усиления больного путем внушения, а также пробуждения.

Перед началом первого усиления больного необходимо предварительно провести с ним подготовительную беседу с целью разъяснить ему, в чем именно состоит существо этого врачебного приема, почему для него он является необходимым, как именно он может повлиять на восстановление деятельности его нервной системы и на устранение имеющихся нарушений.

В случае наличия у больного страха перед гипнозом надо этот страх устранить, разъяснив больному, что к этому нет никаких оснований, так как гипноз — это необходимый и полезный для него лечебный прием, при котором больной находится в состоянии неполного сна. Можно при этом пояснить, что гипнотизировать — это значит усыплять, как усыпляет мать своего ребенка, и что научно установлено, что в состоянии внушенной дремоты или внушенного сна мозг лучше воспринимает слова произносимого врачом внушения, они лучше закрепляются в мозгу, являясь чем-то оказывающим длительное воздействие.

Перед самым усилением больного следует усадить в удобное кресло или же уложить на кушетку, предложив ему принять удобное, привычное или засыпательное положение, причем больной может лежать на спине или же на боку, спиной к свету, лицом к врачу. В комнате должна быть приятная температура, в противном случае больной должен быть хорошо укрыт. Комната должна быть изолирована от шума, свет в ней должен быть слегка

затемнен, по возможности в ней не должно быть ничего яркого и пестрого, что может отвлекать внимания больного, ибо ограниченные внешние раздражители весьма благоприятствуют возникновению и course мозга разлитого торможения.

Приступая к усыплению больного, необходимо иметь в виду, что для успеха психотерапии нет необходимости в том, чтобы он заснул глубоким сном. В ряде случаев достаточно лишь погрузить его в дремотное состояние, т. е. в самую начальную фазу расчленения коры его мозга на сонные и бодрствующие участки. Об этом следует больному сказать заранее, имея в виду возможность его недоумения и сомнения в успехе лечения, если сон у него не будет глубоким.

Вместе с тем следует предупредить больного о том, что во время усыпления он не должен быть напряжен, не должен «заставлять» себя заснуть, так как все это помешает усыплению. Он должен лишь спокойно и мирно приготовиться ко сну. Что касается самого врача, последний, приготовившись к усыплению больного, должен отдать этому все свое внимание, проявляя необходимую твердость и настойчивость и сохраняя в то же время полное спокойствие и уверенность в себе.

Для усыпления больного врач применяет соответствующие слова усыпления, наряду с которыми он может пользоваться также и помогающими физическими приемами усыпления. Последние могут выражаться, например, в виде слабых ритмических раздражений одного из анализаторов или же нескольких анализаторов сразу с целью развития в них тормозного процесса. Для этого могут быть применены редкие удары метронома (с частотой один удар в 1—2 секунды), тиканье стенок или же в ритмичных часов, однообразное поглаживание больного по руке, по голове или по лбу; иногда больному предлагают длительно смотреть на какую-нибудь блестящую точку и т. д.

Опишем же теперь врач приносит примерно следующие слова усыпления: «Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем сна. По всему вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная вялость, тяжелеют руки и ноги, тяжелеют веки, как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас начинает неодолимо клонить ко сну. Мой голос вы хорошо слышите, я сейчас буду медленно считать до десяти, с каждым счетом ваша дремота все более углубляется: раз... два... три... (и т. д. до десяти). Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Эти слова следует произносить негромким голосом, монотонно, медленно, спокойно, но в то же время достаточно четко и уверенно. Отдельные фразы повторяют по несколько раз.

Необходимо вселить в больного твердое убеждение в том, что внушаемое ему засыпание, действительно, приходит как бы само собой, причем он с каждой минутой поддается этому состоянию все более и более.

Дальнейшие слова усыпления могут быть таковы: «Ну, вот, вы сейчас находитесь в состоянии полного покоя, вам дышится спокойно, легко и хорошо. Вы совершенно отделились от всех ваших работ, волнений и впечатлений дня, на окружающее вы не обращаете внимания. Мысли не продолжаете четко воспринимать. При этом ничто вас не волнует, никаких неприятных ощущений у вас нет, по телу разлилась приятная слабость, ваши руки и ноги отяжелели, отяжелели веки, вас все более и более охватывает дремота, нет желания ни двигаться, ни открыть глаза, ваши веки слиплись, вы все более погружаетесь в глубокий, спокойный сон, вы спите».

Такие усыпляющие внушения время от времени следует повторять, причем они постепенно приобретают характер сообщения о том, что у вас сон перешел в фазу: «Вы уже перестали ощущать наше тело, ваши мышцы уже плотно сомкнулись, очень приятное отдохновение уже распространилось по всему вашему телу, полное успокоение уже наступило, никаких возмущений уже нет, мои слова еще более четко воспринимаются и все более подавляют их воздействие».

Если признаков наступления сна все еще не имеется, нужно, продолжая усыпление, все более настойчиво подчеркивать: «Вот вы уже можете двинуть ли одной частью своего тела, вам хочется лежать совершенно спокойно. Чем дольше вы слышите мой голос, мои слова, тем сильнее спинаются ваши веки и тем глубже вы засыпаете».

При этом следует иметь в виду, что некоторые лица уже через 2—3 минуты после начала усыпления становятся сонными, а вскоре после этого уже глубоко спят, в то время как у других сонливость и сон развиваются значительно медленнее, лишь после 10—20 минут усыпления, а у третьих — и первый сеанс не удается добиться даже и легкой сонливости, она появляется лишь в последующих сеансах. Это обстоятельство, несомненно, сильно препятствует получению во всех случаях достаточно быстрого эффекта. Поэтому для ускорения развития сонливости и сна рекомендуется с первого же сеанса внушать больному, что «переходить в сонное состояние с каждым сеансом вы будете все быстрее и быстрее и засыпать будете все глубже и глубже!»

Далее, в тех случаях, когда прием слов вызывает отрицательные реакции и возбуждение, а с другой стороны условия, способствующие развитию сна, можно довольно скоро в последующих сеансах добиться того, что больной уже во время первых слов усыпления начинает проявлять признаки дремоты и засыпает. Кроме того, в отдельных случаях для усыпления больного иногда полезно внезапное императивное воздействие в виде громкого приказа: «Спать!». Как мы знаем, таким приемом вводится в действие физиологический механизм замедленного торможения, лежащий в основе «дремлющего гипноза» (гипноз животных), применявшегося Шарко, Данилевским и др.

Выше было сказано, что для продуктивного воздействия на больного слов внушения совсем нет необходимости стремиться к развитию именно глубокого сна. В большинстве случаев достаточно лишь самой легкой дремоты или же самого легкого общего оцепенения, чтобы внушаемое уже реализовалось в полной мере. Однако в некоторых случаях глубокий сон необходим, например, когда терапевтическое внушение касается травмировавшей психику причины, что может вызывать у больного нежелательную отрицательную эмоциональную реакцию.

Вместе с тем чрезмерная глубина возникшего сонного торможения также может вызвать отрицательные последствия. Поэтому в тех случаях, когда обнаруживаются тенденции к развитию глубокого сна, следует применять соответствующие меры. Это можно сделать, если в процессе сеанса внушения использовать произвольные паузы или же сделать так, чтобы глубина сна не достигала при этом стадии глубокого сна, а имела бы характер легкой дремоты или же самого легкого общего оцепенения. При этом можно использовать следующие приемы: «Сейчас вы будете засыпать, но не забывайте, что вы можете проснуться в любой момент, если захотите». Таким образом, можно избежать чрезмерного углубления сна, что может вызвать отрицательные последствия. Это можно сделать, если в процессе сеанса внушения использовать произвольные паузы или же сделать так, чтобы глубина сна не достигала при этом стадии глубокого сна, а имела бы характер легкой дремоты или же самого легкого общего оцепенения. При этом можно использовать следующие приемы: «Сейчас вы будете засыпать, но не забывайте, что вы можете проснуться в любой момент, если захотите».

Далее следует иметь в виду различные привходящие условия, способствующие засыпанию. Некоторые лица легче засыпают преимущественно при воздействии первосигнальных раздражений (удары метро-

шума, тиканье часов, поглаживание по руке или по голове) и не засыпают при слове «спать», в то время как другие, наоборот, легко поддаются словесному усилению, но не могут заснуть при раздражающих их перцептивных воздействиях. У третьих же усиление достигается совместным воздействием персонифицированных и персонифицированных раздражителей. Как мы отмечали выше, эти особенности были выяснены И. В. Стрельников (1953). Важное значение могут иметь и установившиеся привычные условия развития сонливости и сна.

Так, одного больного нам удавалось усыплять лишь путем поглаживания по спине. Как оказалось, в раннем детстве его всегда усыпляли таким приемом. Другого больного после ряда безрезультатных попыток удалось усыпить, лишь дав ему в руки книгу для чтения, так как, по его словам, он привык засыпать, лежа в постели с книгой в руках. При этом достаточно было нескольких слов усыпления, чтобы книга выпала из его рук и он заснул.

В случае необходимости быстро усыпить лицо, трудно поддающееся усыплению, может быть рекомендован так называемый «фракционированный метод» Оскара Фотта. Для этой цели попытки усиления делаются многократно в течение одного сеанса. Кроме того, с целью усиления можно использовать различные приемы скрытого (копированного) внушения: давать усыпляемому вместо словесных различные индифферентные средства (например, соду в облатке и т. п.)

Наконец, прочно вошло в повседневную практику применение вспомогательной дозы словесного (например, 0,75—1,0 хлоралгидрата или 0,1 барбитала на прием минут за 10—15 до усыпления)

Заключившая краткий очерк приемов усыпления, необходимо сказать, что в некоторых, исключительно редких случаях у истеричного больного при его усыплении может возникнуть реактивный истерический приступ в виде плача или же судорожных подергиваний. Подобная истерическая реакция может развиваться также у тревожно-мнительного лица, опасавшегося гипноза.

Так, один наш больной однажды был крайне наволнован, когда при усыплении внезапно почувствовал, что его конечности начинают шевелиться, ибо это означало следы ощущений, пережитых им в прошлом при хлороформном наркозе.

Все такого рода состояния нетрудно прекратить настоятельными успокоительными контрвнушениями: «Спокойно, приступ прошел, все хорошо, продолжайте совершенно спокойно засыпать!» Или же в случае необходимости начатый сеанс усыпления должен быть прерван, пока больной окончательно не успокоится. При этом при помощи соответствующих вопросов, задаваемых во время вынужденного сна или же после пробуждения от него, иногда удается выяснить причину такого рода реакции.

Далее следует сказать, что усыпление больного иногда может быть чрезвычайно осложнено, если в условиях возникшего у него истерического заболевания оказалась нарушенной деятельность одного или нескольких его анализаторов, особенно если выключенным оказался слуховой анализатор. Подробно на этом вопросе мы остановимся ниже.

Что же касается пробуждения от вынужденного сна, то обычно оно производится следующим словесным воздействием: «Теперь просыпайтесь! Но пробуждения будете себя чувствовать хорошо отдохнувшим, свежим, будет хорошее и бодрое. Я буду считать до трех, и по моему счету вы будете постепенно просыпаться, а при счете „три“ совсем проснетесь. Я начинаю считать: раз... два... три... откройте глаза, вы уже совсем проснулись!». Вообще же пробуждать от вынужденного сна рекомендуется

не спеша, избегая слишком быстрого, внезапного перехода от сна к бодрствованию. В случае неполного пробуждения состояние продолжающегося сонливости легко устраняется соответствующими словесными воздействиями уже в бодрствующем состоянии.

Иногда же случается, что больной, порывшись после сна домой, продолжает чувствовать некоторую сонливость, что может обеспокоить и его самого, и окружающих. Необходимо предупредить больных о этой возможной сонливости, не представляющей ничего необычного. Более того, можно даже рекомендовать больному, чтобы он в случае необходимости в этом по возвращении домой еще посидел некоторое время.

Иногда наблюдается затрудненное пробуждение после сна. Обычно это бывает у лиц, пробуждающихся и от естественного сна сразу, с трудом. В этих случаях необходимо повторно, более энергично пробуждать больного, что отнюдь не должно смущать врача.

Некоторые считают, что пробуждение от глубокого вынужденного сна может наступить и, если дана, через не очень короткий срок. Но это не соответствует действительности. Во всяком случае мы и наши сотрудники этого не наблюдали.

ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

В. М. Б е з т е р е в

Того же мнения держались и зарубежные психотерапевты (П. Дибюа, 1912; П. Делгерри, 1912; А. Фирель, 1928, и др.) «Вот верное объяснение суждений между врачом и невропатом, — пишет И. Делгерри, — зависит весь исход сражения. Если из первых результатов «не получается взаимная симпатия, — то бесполезно идти дальше!».

Большое значение все авторы придавали эмоциональной сфере, т. е. той необходимой аффективной связи, без которой психотерапия не может иметь успеха. Однако не было выяснено, в чем же именно состоит сущность этих важных условий и почему состояние эмоциональной сферы больного имеет столь большое значение. И только лишь И. П. Павлову удалось строгим научным, объективным методом получить ответ на вопрос, почему именно «аффективность» и «эмоции» больного играют столь существенную роль, обеспечивая успех психотерапевтического воздействия.

В связи с этим напомним раньше исследования Е. А. Попова (1927), показавшие, что выработка дыхательного условного рефлекса на основе отравного электрохимического раздражения прямым образом связана с наличием у исследуемого эмоциональной (дыхательной) реакции: у страдающих паркинсонизмом, наряду с отсутствием дыхательной реакции, как правило, условные рефлексы или не вырабатывались совсем, или же вырабатывались, но лишь с большим трудом, причем были крайне нестойкими. Эти и другие факты говорят о важной роли, какую играет состояние эмоциональной сферы и телесных механизмов, связанных с ней, в психотерапевтической области.

В. М. Ганкебуш (1927) также показал, что словесные внушения эмоциональных состояний у страдающих паркинсонизмом не осуществлялись, о чем он мог судить по отсутствию реактивной гипергликемии. Аналогичные данные были получены Гоффом и Вермером (1928).

В этом отношении показательны данные В. Н. Осиновой (Ленинградский институт мозга): у детей, находящихся в «условнорефлекторной кабине», в которой у них была связана отрицательная эмоция — чувство страха, получить стойкие условные рефлексы было невозможно. Когда же эта кабина была перестроена в виде красивого детского домика, условные рефлексы стали быстро вырабатываться, но уже на фоне положительной эмоции. В самое последнее время данные В. Н. Осиновой были подтверждены М. Л. Липецким.

У больной Б., страдавшей стабильной (см. стр. 32), была сделана попытка выработать одновременно четыре условных рефлекса на различные системы раздражителей. Однако эта попытка каждый раз заканчивалась полной неудачей, в то время как у здоровых лиц и у других больных эти рефлексы обычно вырабатывались уже после одного-двух сочетаний. Причиной неудачи был страх больной перед исследованием. Своим упорным страхом больная объясняла тем, что она «боялась не справиться с сложным заданием исследования». С целью устранить страх больной во внушении ей было сделано внушение: «Не бойтесь! Эта задача не трудная!» После этого при пробуждении все условные рефлексы были получены чрезвычайно быстро.

Все изложенное свидетельствует о том, что успех психотерапии находится в прямой зависимости от эмоционального состояния больного, причем и поведение врача, и вся окружающая обстановка должна вызывать у больного соответствующую положительную реакцию.

Кроме того, весьма важную роль играет также эмоциональное состояние врача. В процессе общения с врачом у больного создается сложный комплекс условнорефлекторных связей, определяющих характер отношений его к врачу. В. М. Бекторов говорит по этому поводу, что больной приходит к врачу «с эмоцией ожидания», его нервная система находится «в состоянии готовности», с готовой «тенденцией» (А. А. Ухтомский) реагировать на строго определенный раздражитель. Именно это обстоятельство и может способствовать легкому образованию новых устойчивых условнорефлекторных связей, создающихся у больного под влиянием авторитетных слов врача.

Следует отметить, что в свое время Г. Н. Сорохтиным (1925) было установлено, что при выработке условного рефлекса на речевой методике ~~большой эффект достигается, когда имеет место так называемый «сильный» рефлекс~~. Так, словесный приказ, произнесенный в повышенном тоне, может быстро вызвать прочный условный рефлекс. Вспомним также наше наблюдение (см. стр. 18), когда слово «больное», сказанное повышенным тоном, вызывало и более сильную реакцию со стороны дыхания исследуемого, находящегося в состоянии внушенного сна. Точно так же, в зависимости от утомления исследователя и от различных отвлекающих внешних или внутренних факторов, которые могут влиять на тон его словесных приказов и др., получается различная выраженность условнорефлекторных реакций исследуемого.

Нет сомнения в том, что врач играет роль того же исследователя и что положительный тонус врача поддерживает и усиливает готовность нервной системы больного к живой реакции на все то, что связано с врачом. При этом не следует упускать из виду то важное обстоятельство, что, как говорит М. В. Яновский (1923), «психотерапевтические влияния начинаются с того момента, когда больном является к врачу. Больной этим самым доказывает, что он верит врачу, готов подчиниться его советам, его влиянию и, таким образом, надеется на исцеление».

Необходимо также отметить, что влиять на больного словом, это значит создавать в коре его мозга новые динамические структуры, замыкая в ней новые цепи положительных и отрицательных временных связей. Положительное эмоциональное состояние, связанное с соответствующими и яркими статистическими именованиями, способствует быстрому образованию и прочное фиксирование этих динамических структур. Положительные эмоции, влияя на тонус коры мозга, усиливают функции корковых клеточных элементов, т. е. возникают условия, облегчающие образование новых динамических структур.

Чем проявляется доверие больного и обеспечивается необходимая «внутренняя связь» между врачом и больным?

Больной должен чувствовать внимание врача к своему болезненному состоянию, что необходимо для полной откровенности больного с врачом.

Поэтому углубленная анамнестическая беседа, наряду с обстоятельным соматическим исследованием, играет существенную роль не только в раскрытии психических и соматических этиологических факторов, но и в отношении доверия и расположения больного к врачу, а потому и успеха лечения. Поэтому чем больше при первой встрече врача с больным (а часто и при последующих встречах) уделяется внимание анамнезу, отысканию причин заболевания, тем больше у врача шансов на приобретение доверия со стороны больного, а тем самым и на успех лечения.

Для иллюстрации приведем следующий пример.

В психоневрологический диспансер Украинского психоневрологического института в 1933 г. попал 23-летний молодой человек, страдавший на тяжелое угнетенное состояние, апатию, потерю интереса к жизни и работе, утрату веры в себя, в свои силы, в свою работоспособность, на понижающуюся активность, ослабление памяти, раздражительность и страх сна (ума). До заболевания был деятельным и общительным.

В анамнестической беседе выяснилось, что он заболел 2 года назад после происшедшего на работе тяжелого для него конфликта, выразившегося, по его словам, в несправедливом оскорблении, чрезвычайно сильно задевшем его самолюбие. Больной тяжело переносил «несправедливые выпады» против него и создававшуюся в связи с этим пессимистическую

атмосферу. Постоянная тревога, перевозбуждение и расстройство сна, по словам больного, «распатывали нервную систему». Несмотря на то, что через 7 месяцев после начала конфликта все же решилось в пользу больного, он продолжал находиться в тяжелом состоянии в течение последующих 2 лет. Обращался ко многим врачам, но от всех них получал осторожный ответ: «Все органы у нас здоровы». Стал еще больше волноваться, теряя надежду на выздоровление и веру во врачей и в лекарства. «О моих переживаниях никто из врачей меня не спрашивал, а я сам не решался поделиться с ними», — говорил больной, явившись в диспансер по собственной инициативе, решив прибегнуть к лечению принуждением как «к последнему средству».

После трех анамнестических бесед была проведена разъяснительная и успокаивающая психотерапия в состоянии бодрствования и несколько сеансов принужденного сна-отдыха. Вышалось спокойное отношение к пережитому и вера в свои силы и в свою работоспособность. Больной ушел от нас с чувством большой удовлетворенности, а прощаясь, с горечью воскликнул: «Почему же никто из других врачей не заглянул в мою душу?»

Полугодовичное наблюдение показало, что он вновь проявил себя активным работником, как и прежде. Поступил на рабфак, продолжая работать на прежнем месте (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

В заключение приведем случай, описанный М. В. Яновским (1923), оспаривающий некоторые наши гипотезы о сущности «психического» врачевания, каким была проникнута врачебная тактика корифея отечественной психиатрии С. П. Боткина.

Однажды на амбулаторный прием к С. П. Боткину пришел человек, заподозривший, что у него имеется какое-то легочное заболевание. До этого он обошел все терапевтические клиники, но всюду ему заявили, что никакого заболевания у него нет и что он «болен лишь своей мнительностью». Однако такие ответы его не удовлетворяли. Распросив и выслушав больного очень внимательно, С. П. Боткин сказал: «Да, у вас действительно кое-что есть, но до такой степени мало, что легко проецируется. Во всяком случае, это прямое доказательство, что болезнь незначительная. Принимайте это лекарство и вы в несколько дней поправитесь». Когда больной ушел, С. П. Боткин, обращаясь к присутствующим студентам, сказал: «Действительно, он физически вполне здоров, но кое-что у него есть — мнительность, основанная на субъективных ощущениях. Если бы я отнесся к нему, как другие врачи, он продолжал бы страдать попрежнему, а теперь он ушел с сознанием, что, наконец, нашел врача, который понял его болезнь, а следовательно, может ее вылечить, какое лекарство не пришло».

Необходимо, чтобы создаваемые врачом новые временные связи систематически подкреплялись другими идентичными раздражителями, действующими в том же направлении, с тем, чтобы созданные врачом новые, полезные для больного, корковые динамические структуры становились еще более прочными. Вот почему с основами психотерапии должен быть обстоятельно ознакомлен также средний медицинский персонал, которому должно быть известно, что успех лечения больного (любым методом) в значительной степени определяется умелым влиянием на его психику и что в распоряжении обслуживающего медицинского персонала всегда имеется лечебный и болеутоляющий фактор — слово. Однако слово — это обоюдоострый меч, которым нужно правильно пользоваться. Говорить с больным нужно так, чтобы его не травмировать. Многое зависит даже от самой конструкции фразы. Так, далеко не безразлично, сказать ли больному: «Будьте вполне спокойны, с вашим здоровьем вы еще проживете много лет!» или же сказать ему: «Вы умрете

через тридцать лет! Кроме того, нужно не только уметь следить за словами, но и уметь молчать. Цедаром римляне называли медицину «искусством молчать» (*ars tuta*): не все больному можно говорить. Со всем этим в известной мере должен быть знаком также и младший обслуживающий персонал больницы, так как иногда случайно брошенным необдуманно словом уборщицы или санитарки может быть нанесен непоправимый вред успеху как психотерапии, так и любого другого метода лечения.

Соответственно этому в каждом больничном отделении должна быть создана благоприятная атмосфера содружественной работы всего медицинского персонала. Весь персонал должен быть посвящен делу, так как в лечебном учреждении психотерапевтическое значение имеют не только слова медицинского персонала и его поведение в отношении больных, но и весь больничный режим, вся обстановка со всеми связанными с нею раздражителями. Это последнее обстоятельство необходимо иметь в виду при подборе медицинского персонала, который должен всемерно поддерживать все мероприятия врача и его авторитет в глазах больного.

Итак, мы видим, что не только авторитет врача и отношение его к больному, но и самое впечатление, производимое им на больного, уже в значительной мере определяют успех лечения, ибо облик врача имеет при этом весьма важное значение. Так, например Н. П. Павлов дал следующую характеристику С. П. Воткину: «Его обаяние среди больных поистине носило волшебный характер: лечило часто одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и, по видимому, при подобных же случаях, оказывались недействительными у них, делая чудеса в руках учителя»¹.

Спокойствие, уравновешенность и терпеливое отношение к больному, искреннее и теплое стремление оказать ему помощь, тактичность и мягкость в обращении — вот те основные качества, которыми должен обладать каждый врач, стремившийся оказать помощь больному. Ничто так не облегчает больного с врачом, как максимальное внимание врача к его переживаниям. Врач психотерапевт должен проникнуть в психику своего больного (особенно невротика), должен не только понять, но и почувствовать его душевные страдания, так сказать «вчувствоваться» в них и сжиться с ними и притом так, чтобы больной это тоже почувствовал. К сожалению, далеко не всегда так бывает в действительности. Многие врачи на это обращают слишком мало внимания, а полчасе даже и не всегда учитывают, что перед ними такой больной, который нуждается в неотложной и именно психотерапевтической помощи.

Необходимо при этом учитывать, что больному, страдающему неврозом, может быть впервые представилась возможность решиться быть вполне откровенным в своих интимных переживаниях, нередко скрываемых даже от самых близких ему людей. Нередко именно эта откровенность является для его душевного состояния тем целительным фактором, без которого оно долгие дни ему казалось безысходным.

Индивидуальный и чуткий подход врача к тяжело страдающему больному является наиболее полным и действенным. Вся враческая эрудиция может оказаться совершенно ненужной, беспечной и даже нелепой, если не будет достигнуто глубокое и искреннее «вчувствование» врача в страдания больного.

И. П. Павлов, Физиология пищеварения, изд. АМН СССР, 1952, стр. 419.

Следует отметить, что, по свидетельству А. Г. Иванова-Смоленского подход И. П. Павлова к больным «был всегда проникнут необыкновенной мягкостью, чуткостью и теплотой», причем сам И. П. Павлов в своем отношении к больным ни на одну минуту не забывал, что перед ним находится живой, часто жестоко страдающий человек».

Итак, именно от самого врача зависит в известной мере характер тех реакций, какие вызывают в системе высшей нервной деятельности больного. Весь внешний облик врача, его манера держаться с больными, тон его беседы, его эмоциональное состояние, определяющее характер его поведения в отношении больного — все это комплекс раздражителей огромной силы и значимости, способные вызывать со стороны нервной системы больного весьма сильную, в частности, эмоциональную реакцию. По образному выражению М. В. Иовского (1923), устоя, на которых в глазах больного «выжидает авторитет врача», составляют: его «уважение к своей профессии, любовь к своей науке, гуманное чувство к больному, спокойное и серьезное отношение к делу».

Еще индийские браминские врачебные законы древности, о которых мы выше упоминали, придавали большое значение личным качествам врача, который должен, ведя трезвый образ жизни, иметь «благородство и чистоту сердца». При этом не оставалась без внимания даже и его внешность: он должен был «иметь приличную, благообразную парижность» он должен «быть хорошо одетым, платье его должно благоухать». Одно индийское изречение говорит: «Можно бояться матери, брата, друга, но врача — никогда».

Таким образом, еще в давние времена считалось, что самый облик врача может влиять на состояние больного, на течение его болезни и успешность лечения.

Нет сомнения в том, что и в наши дни успех всех видов терапии в том числе и психотерапии, в какой бы форме она ни применялась, окажется в большой мере зависящим от авторитета врача и взаимоотношений, устанавливающихся между больным и врачом. Как известно, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, Ю. В. Каппах, В. А. Гиляровский, а за рубежом — Дежерин, Форель, Дюбуа издавна указывали на то, что успех всякого лечения вообще, а в особенности психотерапевтического, зависит от доверия к врачу со стороны больного, от установившейся связи между больным и врачом, от «чувствования» больным желания врача помочь ему, от «симпатии» больного к врачу и т. п. Напомним, что еще в XVIII веке Данило Самойлович, говоря о чумных заболеваниях, отмечал, что «больным большую помощь в сопротивлении против смертельных припадков оказывает доверие к слову врачу». «Можно утверждать, что яд чумной заразы, — говорил он, — терпит свою силу пропорционально этой вере во врачебную помощь; надежда поднимает их силы, ослабевшие от малодушия, и внутренние симптомы с самого начала болезни перестают быть серьезными и многочисленными».

ЛТРОГЕНИЯ И ДИДАКТОГЕНИЯ

До сих пор мы говорили о пользе, которую врач может приписать больному своим авторитетным словом. Воспоемся теперь противоположного влияния слова на состояние больного.

Каждый врач, какой бы специальности он ни был, является прежде всего психотерапевтом. Каждая беседа врача с больным по поводу его болезни в большинстве случаев содержит в себе элементы словесного внушения, производимого врачом в бодрствующем состоянии больного.

Более близкое знакомство врачей с приемами прямого и косвенного внушения предупреждает бы ненормально причиняемый вред, когда врач неосторожным словом или излишними диагностическими терминами, соответствующими справками, удостоверениями, лабораторными анализами, выдаваемыми на руки больному, и пр. иногда ненормально вызывает у больного ряд новых болезненных симптомов или поддерживает уже существующие, воздействуя тем самым отрицательно на психику больного.

Выше мы уже отмечали, что иногда простой интонацией голоса ничего не значащему слову может быть придан новый смысл, вследствие чего это слово врача может приобрести травмирующее психику значение. Больше того, нередко одна только мимика или даже жест могут оказаться более красноречивыми, чем сказанное слово. Поэтому врач должен уметь не только говорить с больным, но и молчать. Таким образом, пути ятрогенизации всего воздействия врача на больного весьма многообразны. Вот почему весь облик врача, как и все его поведение, должны быть пропущены тем тактом и строгим отношением к самому себе и к окружающим, образом которого были такие врачи, как С. П. Боткин и Н. И. Пирогов.

В особенности это должно относиться к молодому врачебному поколению, ибо, как говорит В. А. Гиляровский (1947), у молодых врачей иногда наблюдается желание импонировать своей ученостью; часто они сообщают больному излишне подробности о его болезни, применяя специальные термины.

Все это и есть, по выражению Ю. В. Кавнабиха (1928), отрицательная психотерапия. Особенно это нужно иметь в виду гинекологам и гинекологам, к которым обращается большое количество больных с висцеральными неврозами, симптомами которых зачастую принимаются за органические. Следует помнить, что при одном психотерапевтическом методе, если им владеет опытный врач любой специальности, нельзя принести больному вреда. И в то же время огромный вред совершенно ненормально причиняет врач больному путем этого, часто неведомого ему самому отрицательного психотерапевта.

В нашем отечестве этот вопрос широко освещен психиатрами В. М. Бехтеревым (1911), Ю. В. Кавнабихом (1928), А. Ф. Голдринем (1929), В. М. Гаккебушем (1932), К. И. Платоновым (1933), С. М. Эдельштейном (1937), М. Г. Хитровым и М. М. Хамовицем (1937), Я. А. Тер-Овсисяном (1934), гинекологами В. Г. Диком (1927), урологом Н. Ф. Лопицким, терапевтами Р. А. Мурца (1928), М. В. Черноручкиным (1946), А. Л. Самойловичем (1950) и др.

Из зарубежных авторов об ятрогении писали А. Форель (1911), Дежерин (1912), О. Бумке (1925); последний назвал этот род внушенных врачами страданий «ятрогенными» (от греческого *iathros* — врач).

Несмотря на то, что об ятрогенных неврозах навязчивости, сопровождающихся у некоторых больных тяжелой реактивной депрессивной окраской, пишется и говорится много и давно, ятрогения — это уродливое и противоречивое, по словам М. В. Черноручкиного (1946), явление нашей врачебной жизни, еще встречается, и никому из врачей не приходится в такой мере сталкиваться с тяжестью страданий этого рода больных, как именно психотерапевтам.

Но можем ли привести небольшую часть из собранных нами наблюдений выражений и реплик, иногда бросаемых врачами различным специальностям по адресу больных.

«У Вас просто кошмарное сердце! — говорит больному врач-терапевт, — будьте осторожны, а то сердце хватят паралич!»

лучезомыслием была и наблюдением врача. В заболевании этом и так — спокойно, самоочувствие было удовлетворительным. Желая ехать вместе с мужем в Кисловодск, обратилась к местный противотуберкулезный диспансер, чтобы выяснить, не изредят ли ей это. Она сообщила, что последнее время бацилл у нее в мокроте нет и что она стала прибавлять в весе. «Объяснять тут ничего, — заявил ей врач, — туберкулез третьей стадии. То, что вот палочек и прибавили в весе никакой роли не играют. Вообще туберкулез неизлечим. Если есть свободные деньги, то можете ехать и на курорт!».

После этих слов, которые слышал и муж больной, она резко изменилась: ею овладело тяжелое угнетенное состояние, возникла и стала навязчиво преследовать мысль о скорой смерти, появилась бессонница, по утрам ежедневная нестерпимая рвота, пропал аппетит. Вскоре после посещения туберкулезного диспансера у нее появились крупные пряди волос. Одни из местных врачей пытались применить лечение в гипнозе, так как убеждения и разъяснения в бодрствующем состоянии успеха не имели: убеждения не только не помогали, но еще больше угнетали больную. Гипнотического сна вызвать не удалось. Все время находилась в весьма угнетенном состоянии под влиянием мысли о «бесцельности существования при ее „форме“ туберкулеза: ведь смерть неизбежна!». Убеждения психотерапевта также оказались безрезультатными.

Несмотря на все усилия, успокоить ее в бодрствующем состоянии не удалось, как не удалось вызвать даже слабую вступенную дремоту. Больная ушла, находясь в том же состоянии, и вскоре после возвращения домой покончила собой, оставив записку: «Нужно уметь разговаривать с большими! Туберкулез неизлечим. Так или иначе должна умереть. Доктор доказал это!» Об этом мы узнали из письма мужа больной в ответ на наш запрос о дальнейшем ее состоянии.

Последний случай, как и многие другие представляет глубоко печальный результат незнакомства врачей с возможностью психической травмы больного самими врачами. После такого «пугающего» приговора врача у больного возникает астеническая эмоция — страх и смущение, создающие снижение тонуса коры мозга и развитие больного лунатизма.

Врач должен быть осторожен в своих словах даже в том случае, если больной вследствие тяжелого заболевания находится в состоянии помраченного сознания. Врач не должен выражать вслух своих мыслей о предполагаемом заболевании или о характере наблюдаемой им симптоматики. Так, А. Форель (1928) описывает случай из ранних лет его врачебной деятельности, когда он, сам того не желая, внушил больной, что у нее язва желудка. Во время психотерапевтического сеанса он выражал вслух такие опасения, при этом усердно с серьезным лицом пальпировал ее желудок, а после сеанса назначил ей постельный режим и молочную диету. В результате всего этого больная находилась в течение нескольких месяцев в постели с вступенной, не существующей в действительности болезнью. А. Форель подчеркивает, что неблагоприятный прогноз, который некоторые врачи беспощадно ставят больному, зачастую равносильна дальнейшему углублению болезненного состояния. К. М. Бызов (1947) отмечает, что «... на фоне игнорирования психического состояния больного могут проявиться и развиваться новые болезни, и тогда врач вместо целителя явится причиной болезни, о чем говорил еще отец медицины Гиппократ».

Наконец, приведем один пример, когда у больной под впечатлением чтения медицинских книг возник невроз, которому можно было бы присвоить наименование «библиогенный», т. е. вызванный чтением литературы о болезнях

4. Больная К., 44 лет, предъявила жалобу, что она «умирает, так как яляется тяжело, неизлечимо больною», причем свое заболевание называет «стенocardия». Больная 5 месяцев, в течение всего этого времени переработала, общается, лежит в постели, днем занята мыслями о смерти, а ночью боится заснуть, чтобы во сне не умереть «от разрыва сердца». Все это началось с того, что 5 месяцев назад районный врач поставил диагноз: «стенocardия» и предписал строгий постельный режим. Взяв учебник внутренних болезней ей больная, не дочитав до конца описания стенокардии, легла в постель в тяжелом состоянии, и с этого дня ежедневно пыталась вызвать врача или клинику, а в течение последнего месяца 2 раза в сутки вызывает скорую помощь для «сердечных уколов», которые, однако, ее состояние не облегчают.

Объективно: положение больной выпущенное, напряженное, лежит, обложившись подушками, много рассказывает о своих ощущениях, сопровождаемых в это словами и рыданиями, так как считает, что она обречена на смерть. Члены ее семьи вынуждены, измучены состоянием больной.

После разъяснительной беседы проведен сеанс внушения в состоянии легкой дремоты. После сеанса больная впервые за 5 месяцев встала с постели, стала разговаривать более громко, рыдания прекратились. Через 2 дня после этого самостоятельно вышла в диспансер для второго сеанса. А после 3-го сеанса психотерапии стала проявлять заботу о своем запущенном хозяйстве, отправилась на базар, спокойно отвелась к советам соседок: «Не переутомлять себя и не утомляться». После 5-го сеанса душевное равновесие больной вполне восстановилось и она полностью освободилась от своих навязчивых мыслей (наблюдение А. А. Соседкиной).

Наконец, необходимо сказать, что к медицинским факторам, травмирующим психику, следует причислить также иногда недостаточно продуманные лекции и беседы санитарного просвещения, в особенности проводимые в туберкулезных санаториях и неврологических диспансерах. В этих беседах больных большей частью знакомят с клиническими картинами своей болезни и с ее возможными осложнениями. У многих больных такого рода беседы ведут к развитию реактивно-угнетенного состояния и к ухудшению имеющегося у них процесса. То же следует сказать и о травмирующем психику больного педагогическом приеме, когда в присутствии больного на лекциях и в клинике проводят разбор болезненных форм. О многообразии психогенных факторов такого рода говорит в своей книге А. Г. Галацкий (1954).

В заключение отметим, что отрицательное, невротизирующее воздействие неуместного грубого слова может иметь место в деятельности не только врача, но и педагога. На это обратили внимание педагоги Е. С. Катков и К. К. Платонов, указавшие на возможность развития таким путем своеобразных «школьных неврозов», в основе которых лежит психическая травма, нанесенная учителем.

Педагог должен учитывать, что в педагогическом процессе имеется ряд моментов, протекающих на фоне значительного эмоционального напряжения (экзамен, интенсивная работа с ограниченным сроком, выходы к доске и т. п.). Эти напряжения, обычно легко преодолимые большинством учащихся, могут представлять значительные трудности для детей, относящихся к слабому типу нервной системы (тревожно-мнительные, застенчивые и т. п.). Для последних, как правильно отмечает Е. С. Катков (1938), «слово учителя с отрицательным содержанием в эти моменты ответственно», так как при сниженном тоне коры словесные воздействия отрицательного характера легко могут зафиксироваться по механизму внушения в стать

источником предрасположения для дальнейших психических травм, дидаскогенных сдвигов, а в отдельных случаях и дидаскогенных заболеваний, т. е. заболеваний, полученных от учителя.

Подобные синдромы Е. С. Катков предложил называть «дидаскогенными» (от греческого didaschos — учитель), т. е. заболеваниями, полученными от учителя (по аналогии с ятрогенными заболеваниями, полученными от врача).

Приведем несколько характерных примеров такого рода.

1. Юдмила В., 16 лет, ученица 8-го класса средней школы, здоровая, трудится в школе для девочек. В течение последних лет страдает «паническим страхом», который с некоторых пор стал овладевать ею перед классными письменными работами: задолго до предстоящей письменной работы у нее разливается состояние внутренней тревоги, с болезненно-напряженным ожиданием «чего-то неотвратимо страшного». Вместе с тем в эти дни отмечается резко сниженный аппетит, плохой сон, не может готовить уроков. Во время самой письменной работы испытывает состояние растерянности, не может сосредоточиться, не помнит написанного, проявляет повышенную торопливость, причем «все проходит как в тумане». Вследствие этого делает много необычных для нее ошибок и грубых грамматических ошибок по тем правилам грамматики, которые прекрасно знает. Таких ошибок в обычном, спокойном состоянии совершенно не допускает. На этой почве наступили конфликтные отношения с учительницей, в результате чего возникло тяжелое неиротическое состояние с мыслями о «бесперспективности учебы». В то же время такие письменные работы в домашних условиях пишет вполне хорошо, без волнения и без ошибок.

Проведенная анамнестическая беседа вскрыла психическую травму: будучи в 4-м классе, девочка была переведена из одной школы в другую, причем в новой школе учительница русского языка встретила ее недружелюбно и при устных ответах (у доски) давала ей слишком сложные задания. Но с устными ответами девочка справлялась. Однако во время первой же письменной работы учительница, подойдя к ней, резко бросила фразу: «Языком ты крутишь хорошо, а вот посмотрим, как напишешь!» Девочка сразу сильно взволновалась: «А что, если наделаю ошибок!» И почувствовала, что ее всю «охватило жаром»: руки, лицо и все тело вспотели, в голове «пошел туман», и вся работа была написана ею, как в тумане: «что писала — не помню!» А при известии о плохой отметке, поставленной за эту работу (причем учительница, возвращая ей работу, сказала: «Я так и знала!»), с ней что-то произошло: «Внутри как-то все осело» и снова появился «туман в голове». С этого дня и появился страх перед классными письменными работами.

Следует отметить, что эта учительница работала в их классе только одну четверть, в то время как последствия психической травмы оставались в течение ряда лет и были устранены лишь путем психотерапии (12 сеансов, проведенных в состоянии внушенного сна). В последующие годы рецидивов этого состояния не было, девушка успешно окончила школу, учится в медицинском институте (наблюдение Е. С. Каткова).

2. Наблюдаемый С., 19 лет, обратился с жалобами на резкое затруднение речи в момент волнения, особенно на экзаменах: «С трудом подбираю слова, с экзамена прихожу весь мокрый, как только беру билет, мелькает мысль: «Буду зыкаться»». При этом неодолимое волнение возникает даже тогда, когда подготовлен к экзамену достаточно хорошо.

Проведенный анамнестический опрос установил, что эти явления у него возникли с 6-го класса средней школы, когда преподавательница математики часто вызывала его неожиданно и задавала «сбивающие» во-

просы, чем доводила до полной растерянности, а однажды в момент его волнения произнесла фразу: «Да ты еще заика!» Класс засмеялся, а ему сделалось стыдно и он совсем растерялся. С тех пор выпавшая его 1-й классница каждый раз сидела под тем, что и начинала заикаться. В это время затруднения речи и заикания стали возникать при каждом слове: «Если волнуясь, совсем не могу говорить». После поступления в институт волнения и заикание у него еще более усилились, что и было прекращено. Отмечает, что в спокойных условиях никаких затруднений речи не испытывает.

Проведена психотерапия во вынужденной дремоте. После 9-го сеанса отмечено резкое улучшение: мысли о заикании уже не мучили. На последующей затем индивидуальной сессии задержка речи не наблюдалась, сессию сдал хорошо (наблюдение Е. С. Каткова).

3. Наблюдаемая Ф., 20 лет, обратилась с жалобой на «мучительное» «краснотное типа» возникающее на экзаменах и когда ее вызывает преподаватель: «Не могу отвечать, горит все лицо, а иногда даже и руки». При затруднениях в ответе теряется, но если материал знает, красноты меньше. Летний недостаток тяжело переживает. «Мне кажется, что все это замечают. Лучше бросить учебу и поступить на работу, чем так мучиться».

Как удалось выяснить, указанные явления у нее возникли, когда она училась в 7-м классе средней школы. Когда она была вынуждена к доске, учитель резко бросил фразу: «Ты всегда краснеешь, когда не знаешь». Она и до этого случая «очень боялась учителя», а после таких его слов «загорелось не только лицо, но и руки, и вся затряслась... не помню, как села на место». Оказалась непроизвольно, проведен десяти сеансов словесного внушения по Бехтереву Бергеншв., что дало значительное улучшение: пернула интерес к занятиям успешно продолжает учебу (наблюдение Е. С. Каткова).

В последнее время на эту группу неврозов обратил внимание и К. К. Платонов (1937, 1946). Приведем некоторые из них.

1. Известен случай, когда курсант, стремившийся овладеть летной квалификацией и любивший летать, стал испытывать на «аэрофоре» неподолжимый страх, которого «раньше у него не было». Анализ этого случая показал, что страх возник в результате пугающего воздействия неосторожной записки, оставленной ему инструктором (при его отъезде), в которой было написано «Надеюсь скоро увидимся, но будь осторожен со „штопором!“».

2. На фронте был случай, когда инспектор по технике пилотирования, выходя из кабинета, сказал летчику авторитетным тоном «Вы летать не можете — вы больны!» Этот совершенно здоровый летчик, действительно, заболел (наблюдение К. К. Платонова).

Подобные идеи, внушенные заостренным словом педагога, приводят курсанта в состояние растерянности, оторопелости, а при известных условиях (снижением тонуса коры мозга) могут вести к развитию невроза. Такие явления К. К. Платонов предлагает называть термином «дидактогенния» (от греческого *didaktoson* — обучающий).

Нужно согласиться с тем, что «дидактогенния» проявляется в школьной педагогике чаще, чем можно предполагать, так как в деле образования и воспитания приходится иметь дело с внушаемостью, особенно присущей детскому и юношескому возрасту.

Для устранения явлений аэрофобии, диплоско- и дидактогеннии, необходимо широко использовать известные положения учения Л. П. Павлова.

Необходимо остановиться и на преде, который приносит запахарство.

Обычно принято думать, что причины существования эпилепсии лежат в неведении некоторых слоев населения. Но с нашей точки зрения, причина не только в этом, но и в другом, более существенном: здесь может играть роль прямое и косвенное внушение, полусознательно применяемое эпилептиками в виде примитивных (даже весьма пагубных и совершенно бесполезных) приемов «лечения» эпилепсии. В этом смысле, нужно сказать, иногда приобретающей явно отрицательный характер.

Мы не будем приводить многочисленные примеры, когда путем примитивного лечения различными «нашептываниями» или «наговорами» эпилепсия, устраняя некоторые функциональные расстройства, вместе с тем подолгает весьма серьезные заболевания, иногда пугающего в неотложном специальном фармакологическом или хирургическом вмешательстве. Но в этом отношении «наговор» действует на людей и принимается большими «довами» и притом немалое время, явно нанося этим вред здоровью. Так нам приходится лечить не одного больного от алкоголизма, возникшего после длительного лечения у бабки «наговором» трав.

Доказательством истинности могут доходить эпилептические приемы, показывает следующий печальный пример. Речь идет об одной учительнице, которая, помотав отрицательным переживанием приводем доведенно личное изложение пережитых ею «душевных мук».

«Я — педагог. Больна многими болезнями, лечилась несколько раз в Симферополе и Одессе в Днепропетровске. Сейчас просила всякую мысль о лечении и вот почему: травма, пережитая мною в раннем детстве, наложила определенный отпечаток на всю мою жизнь. От нее врачи вылечить меня не могут, а я уже устала по их требованию рассказывать им о себе. Поэтому решила больше ничего не говорить. Сейчас и серьезно боюсь, у меня парализована речь. Видя, что никто и ничем мне помочь не может, я пытаюсь исключить себя. Проанализировав содержание ряда велений психиатров и своей жизни твердо решила уйти из жизни. Но вот меня многие хотели похитить с помощью и я пришла, но не для лечения нервов, а чтобы избавиться от того, что меня мучит всю жизнь».

Поскольку вкратце рассказать вам о себе: мне 33 года, в детстве жила со мной с матерью и двумя сестрами, когда мне было 3—4 года, я была очень боязлива и плакала. Однажды эпилепсия уговорила моих родителей сделать следующее: глубокой январской ночью мой отец взял маленькую серую собачку, принес подруги воды, меня гасящих и гасящих, и голых босых и речей, и него бачка и на собачку пылили ведро холодной воды. Я помню только отчаянное паранаше собачки на мой крик и перебитый восторг. Я обезумела. По словам отца, я вскрикнула и упала замертво в корыте. В тяжелом состоянии отец отвез меня в Симферополь к проф. Н. Н. Каблучкову. Три месяца я боролась со смертью и выжила. Но после того и попытка уехать перед собаками, а перед маленькими черными в особенности. Я набегала улиц, домов, где есть собаки, хожу только днем и обхожу 5—6 кварталов, лишь бы обойти собаку. Мать была по угрозы смерти пытая заставить пойти в дом и двор, где есть собака. И не только одна, но и с кем-нибудь и не могу. Люди смеются над этим, но я прячусь от собак и прячусь от всех. Вот безумный страх перед ними. Жизнь сложилась так, что в 12 лет я с тали, а семью и жизнь самостоятельно. Обладая достаточной для того силой, много работала над собой, но ничего в этом отношении не получила, и мне стоило колоссальных усилий промучиться 33 года.

Вся моя жизнь (личного и общественного характера) потерпела полный крах, так как я упорно отказываюсь от всякой общественной работы, если только она вызывает психическое по городу или с новизной на село. Встреча с собаками вызывает у меня безумное почти обморочное

состояние, в результате чего за последние годы у меня по раз на короче или долгие промежутки времени прекращалась речь. И тогда плохо в детстве, у меня стали появляться сильные приступы раздражения, перерастающие порой в буйное состояние, все это я мучительно скрываю от других. Я очень любила свою работу, всю себя отдавая детям, школе и работе с их родителями. А теперь 2 года совершенно не могу и не хочу работать. Вот уже месяц, как я совсем бросила работу, и что будет дальше, не знаю. Я рассказывала вам только немного, но оно почти главное в моей неустроенной жизни.

Можете ли вы помочь мне? Можете ли, не разговаривая со мной, подтолкнуть меня своей воле и заставить вычеркнуть из памяти этот мучительный эпизод? Из-за него у меня не было детства, не было молодости, не было жизни.

Без сомнения, в данном случае под влиянием перенесенной в раннем детстве тяжелой психической травмы возник глубокий истерический невроз. К сожалению, больная оказалась вегетарианкой, а проводившая нами длительная терапия разъяснением и убеждением успеха не имела.

Здесь уместно привести слова И. П. Павлова, относящиеся к концу прошлого столетия: «... можно судить по твердым, во всем не так редким примерам, когда в какой-нибудь деревенской глуши (и не всегда ли только в глуши!) от невежественного опыта с тем или другим лечением анахаря или анахарки в жестоких мучениях кончается смерть тот или другой их пациент»¹.

Нет сомнения в том, что отдельные обращения больных к анахарам обусловлены именно недостаточным учетом врачами того, какую патогенетическую значимость могут в некоторых случаях получать для человека те или иные травматизирующие факторы и как возникает и развиваются порождаемые ими вегетативные расстройства, т. е. функциональные нарушения высшей нервной деятельности, причем врачи, часто имея установку на органическую природу заболевания, игнорируют психотерапию. Больные, получив от врачей нежелательные результаты лечения или лечения вообще, имея с тем обладая поистине изумительной силой совершенно бесцельно переходят от одного врача к другому и, наконец, попадают к анахару. И здесь в определенных случаях в результате анахарского врачевания он может даже получить облегчение, обусловленное, например, прямым или косвенным внушением. Однако основной вред от анахаровых «лечений» состоит в том, что наносится глубокий, часто непоправимый вред.

Итак, все дело в том, что в ряде случаев клиника учит врача смотреть на природу психогенно возникшего страдания совсем под другим углом зрения: как на органическое заболевание, но не как на функциональное нарушение.

Мы полагаем, что этим весьма существенным недочетом и можно объяснить наличие в зарубежных странах весьма большого числа анахарей — людей, являющихся профанами в медицине, лишь поверхностно знакомыми с проблемами психики и литературы и не умея ни это, сделавших психотерапию своей профессией. Таких «психотерапевтов», повидимому, особенно много в Германии, если берлинское психоаналитическое общество в своих постановлениях о психотерапевтическом образовании и подготовке врачей высказывает следующее положение: «там,

¹ И. П. Павлов, Современное объединение в эксперименте главнейших сторон деятельности организма, М.-Л.: Знание, 1953, стр. 56.

где психотерапией занимаются и не врачи
нужно, чтобы последние предварительно спра-
шивали совета врача и, еще лучше, консульти-
ровались бы с ним в процессе лечения (разрядка
наша Л. Н.)

Такого рода профанов в медицине, сделавшихся «психотерапевтами»,
много и должно отождествлять со знахарями. Таким образом, здесь
идет прямая борьба авторитета знахари с авторитетом врача. Она может
закончиться лишь тогда, когда, наряду с поднятием культуры масс,
клиническая медицина будет больше учитывать психогенную, когда врачи
будут больше знакомы с физиологией высшей нервной деятельности,
когда они будут обращать внимание не на один «больной орган», а на весь
организм в целом и научатся правильно учитывать подлинные причины
различных функциональных нарушений высшей нервной деятельности,
как и различных разновидностей кортико-висцеральной патологии.
Каждый клиницист должен быть хорошо знаком с лежащими в их основе
патофизиологическими механизмами и уметь управлять этими меха-
низмами.

При этих условиях к знахарю не пойдет ни один больной, поскольку
психотерапия, построенная на научных началах, будет применяться
в клинике и в поликлинике.

ГЛАВА XVIII

НЕВРОЗЫ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ИХ РАЗВИТИЮ

...мир патологических явлений представляет собою бесконечный ряд всевозможных особенностей, т. е. не имеющих места в нормальном течении жизни комбинаций физиологических явлений. Это бесспорно, как бы ряд физиологических опытов, движимых природой и жизнью...

И. П. Павлов

Как мы знаем, высшая нервная деятельность человека формируется в течение всей жизни, в условиях протекания в весьма трудных и сложных условиях социализации и физической среды. По выражению И. П. Павлова «глубочайшее, сложнейшее и постоянно остающееся впечатление» от проведения высшей нервной деятельности это «чрезвычайная пластичность этой деятельности, ее огромные возможности: ничто не остается неподвижным, а все может быть достигнуто, изменено и улучшено, — лишь бы были осуществлены соответствующие условия»¹ (разрядка наша. — К. П.).

Однако в процессе высшей нервной деятельности человека могут создаваться условия, отличающиеся уже существенными для его нервной системы, ибо, как пишет И. П. Павлов, «при усилении безответных приемов» можно, наконец, «дойти, сломать и утратить сбалансированность нервной системы, так как «всейкой силе есть свой предел».

По этой причине часто возникает состояние менее стойкое и длительное функциональное нарушение высшей нервной деятельности, характер которого определяется прежде всего исходным состоянием тех корковых физиологических механизмов в сфере деятельности которых возникло данное и обуславливает значительное разнообразие и сложность картин невротических заболеваний.

Согласно физиологическому учению И. П. Павлова, неврозы представляют хронические (продолжающиеся недели, месяцы и даже годы) отклонения высшей нервной деятельности от нормы.

Необходимо подчеркнуть, что до работ И. П. Павлова не существовало научно обоснованного понятия о неврозах, оно разработано лишь павловским учением разрывшим старые анатомолокалистические

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объединенного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1954, стр. 364.

представления о неврозах как о заболеваниях с якобы пока еще не открытыми микроморфологическими изменениями в центральной нервной системе, как это считали Штрюмпель (Strümpell), Раймонд (Raymond) и др.

На основе учения И. П. Павлова мы знаем теперь, что под влиянием верхних для данной нервной системы условных или безусловных раздражений, падающих на кору мозга из внешней или внутренней среды, легко может возникнуть изменение силы, а также нормального соотношения основных корковых процессов, нарушение взаимоотношения коры и ближайшей подкорки, а при неврозах у человека — и соотношения двух сигнальных систем. Срыв высшей нервной деятельности может возникнуть вследствие перенапряжения одного из основных корковых процессов (раздражительного или тормозного) или же, наконец перенапряжения их подвижности («сшибки»).

При изучении неврозов человека весьма существенным подспорьем является постоянное систематическое накопление соответствующих клинических фактов и углубленное исследование в каждом отдельном случае причин и условий развития невроза. Как нам пришлось убедиться, такое значение при этом имеет эффективность психотерапии неврозов, которая помогает правильно ориентироваться в отношении природы всегда трудно диагностируемых (органических или же функциональных, т. е. невротических) синдромов и лежащих в их основе патологических механизмов.

Решающую роль в развитии психогенного невроза играют различные травмирующие психику факторы в виде острых или длительных тяжелых переживаний. Развитие невротического заболевания стоит в этом случае в зависимости, с одной стороны, от типовых особенностей (например, от врожденной или же приобретенной слабости нервной системы), а с другой, — от социальной значимости для данного человека самого травмирующего психику фактора. При этом степень психической травматизации зависит от того, действовал ли этот фактор однократно, многократно или хронически, а также от степени и характера эмоциональной напряженности, имевшей место в момент психической травмы, и пр. Существенное значение имеют в этом отношении жизненные события, влекущие за собой перестройку или даже внезапную ломку упрочившихся динамических стереотипов, что ведет к глубокому нарушению корковой динамики, а в силу этого иногда и к преобладающему воздействию на ближайшую подкорку. Это обычно проявляется в виде тревожности, близости, неуверенности в себе, тяжелого чувства разбитости, мучительного внутреннего разлада и пр., что составляет картину невротического состояния.

Все это обычно способствует дальнейшему снижению тонуса коры мозга и нарушению взаимоотношения между корой мозга и ближайшей подкоркой. Если же возникшие нарушения становятся устойчивыми и человек самостоятельно избавиться от них не может, то возникает уже картина невротического заболевания, или невроза. В этом случае высшая нервная деятельность в той или иной мере утрачивает присущую ей в обычных условиях уравновешенность, подвижность, способность к преодолению трудностей и сохранению внутреннего единства и временно становится в большей или меньшей степени неуправляемой. Нужно иметь в виду, что развитие невроза связано с понижением тонуса коры мозга и, следовательно, с повышением внушаемости и самовнушаемости.

Общезвестно, что для успеха лечения врач должен руководствоваться определенной классификацией болезненных состояний. Однако,

поскольку проблема неврозов разрабатывалась неправильно, до последнего времени не было соответствующей этиопатогенетической их классификации. Об этом свидетельствует, например, то обстоятельство, что собравшемуся в 1934 г. Украинскому съезду невропатологов и психиатров так и не удалось продвинуть разрешение этой проблемы вперед, причем заслушанные на съезде доклады не способствовали разъяснению вопроса.

Уже было отмечено выше, только павловское учение о неврозах человека впервые научно, физиологически обосновало и осветило их функциональную природу, их происхождение и динамику. Таким путем были раскрыты условия образования функциональных расстройств и патофизиологические механизмы различных невротических состояний, созданы предпосылки для их патогенетической классификации.

При возникновении неврозов решающее значение в одних случаях принадлежит психическим факторам, а в других — факторам соматическим. Первые из них и привлекали к себе главное внимание И. П. Павлова.

Психогенные неврозы обусловлены перенапряжением основных корковых процессов. Лечение этих неврозов должно строиться на применении тех средств, которые воздействуют непосредственно на кору мозга, а именно: гипносуггестивная терапия (и психотерапия в широком смысле), бром-дофаминная терапия и терапия сном. Положительные результаты лечения психогенных неврозов являются одним из доказательств их функционального характера. В качестве вспомогательных средств обычно используются тозирующая фармако- и физиотерапия, трудотерапия, лечебная физкультура и т. п.

В основе соматогенных неврозов лежит астенизация коры мозга, вызванная соматическим заболеванием, т. е. заболеванием, имеющим в своей основе то или иное органическое нарушение, обусловленное физической травмой, инфекцией, эндокринопатией, эндокринно-вегетативными перестройками и т. п. Таким образом, соматогенные неврозы отличаются от психогенных по своей этиологии и патогенезу, причем кора мозга астенизируется при них вторично. Соответственно этому патогенетическим методом лечения является в данном случае метод, направленный на устранение основного соматического заболевания (т. е. фармако-, физиотерапия и т. д.), а психотерапия должна быть вспомогательным симптоматическим средством лечения таких заболеваний.

Такое подразделение неврозов на психогенные и соматогенные имеет большое практическое значение прежде всего потому, что этим предопределяется характер назначаемой терапии. Придерживаясь этого подразделения, мы на практике убедились в его целесообразности (1929).

А. Г. Иванов-Смоленский (1952) выделяет еще заболевания со смешанной этиологией и психического, и соматического характера, составляющие третью большую группу неврозов. В этом случае могут быть психогения, и соматогения одновременно, так же как и возможная психическая реакция больного на возникшее соматическое заболевание.

Наконец, следует остановиться на вопросе о так называемом неврозе органа и вегетоневрозе, существование которых долгое время оставалось невыясненным. В этом вопросе мы исходим сейчас из учения И. П. Павлова. Кора головного мозга является органом, регулирующим функции вегетативной системы и определяющим их рабочее состояние. Поэтому нарушения деятельности нервной деятельности. Отсюда «невроз» органа или же «вегетоневроз» есть функциональная патология, обусловленная нарушением регуляторной функции коры мозга, обеспечивающей нормальную деятельность данного органа и всей вегетативной системы.

Поэтому лечить нужно не «заболевший» орган или вегетативную систему, а нарушенную регуляторную деятельность коры мозга.

Такое понимание вносит ясность и в диагностику этих заболеваний, и в методы их лечения. Мы считаем, что основным методом лечения пекторных органов или «вегетосвероза» должна быть психотерапия.

ЗНАЧЕНИЕ ТИПА НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Как известно, по учению И. П. Павлова, тип нервной системы определяется свойствами основных корковых процессов: силой, уравновешенностью и подвижностью. Наряду с общими типами высшей нервной деятельности, которые присущи как человеку, так и вышшим животным, И. П. Павлов выделял частные типы, свойственные только человеку и именно: мыслительный, художественный и средний. Специфические психологические особенности тип высшей нервной деятельности человека определяются соотношением в ней обеих сигнальных систем действительности. Если средним тип, как говорит И. П. Павлов, «соединяет работу обеих систем в должной мере», то в мыслительном типе преобладающее значение принадлежит второй сигнальной системе, через которую в основном и осуществляется вся высшая нервная деятельность. В художественном типе, наоборот, центр тяжести высшей нервной деятельности падает на первую сигнальную систему. У такого типа преобладающее значение получают условные раздражители первой сигнальной системы, т. е. предметы и явления внешнего мира, действие которых в значительной мере предопределяется силой приему эмоционального отношения к ним со стороны данного человека. Благодаря этому у представителей художественного типа высшей нервной деятельности больше дает себя знать ближайшая подкорка — эмоция, чем чисто рассудочная (мыслительная) деятельность.

Для успешного уравнивания деятельности организма с быстро меняющимися условиями внешней среды необходимо, чтобы оба основных корковых процесса обладали достаточной силой, имели достаточную подвижность, а вместе с тем были бы достаточно уравновешены между собой.

Как известно, И. П. Павлов уделял вопросу о связи невроза с типом нервной системы большое внимание. Изучая на животных его сотрудниками экспериментальных данных, он пришел к выводу, что «вероятность первого заболевания отчетливо связывается с типом нервной системы»¹. Однако на пути к распознаванию типологических особенностей нервной системы человека лежат значительные трудности. Прежде всего нужно иметь в виду, что разнообразие типов нервной системы не ограничивается основными четырьмя типами, что в жизни может встречаться до 24 различных их вариантов, причем более мелкие вариации типа нервной системы наблюдаются особенно в слабом типе, однако они далеко еще не изучены и не систематизированы. Кроме того, нельзя упускать из виду еще одно обстоятельство. С. Н. Выркинковский и Ф. П. Майоров (1933) в экспериментах на щенках показали, что представители сильного типа, воспитанные в «оразжерейных» условиях, могут проявлять черты слабого типа. Вместе с тем известно, что и слабый тип путем тренировочных упражнений может быть сделан жизненно устойчивым, иначе говоря, его природные свойства могут быть замаскированы.

Изложенные соображения делают понятным, почему изучение типичных типов нервной деятельности представляет «п о ч т и н е п р о о д о л и м у ю т р у д н о с т ь ю». Как говорит И. П. Павлов, «образ

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных (избранные произведения), Медгиз, 1951, стр. 456.

поведения человека и животного обусловлен не только природными свойствами нервной системы, но и теми влияниями, которые падали и постоянно падают на организм во время его индивидуального существования¹. В силу этого для определения природного типа нервной системы необходимо учитывать все те влияния, под которыми был со дня рождения и теперь находится данный организм. И. П. Павлов считает, что для преодоления всех указанных трудностей необходимо умножать и разнообразить формы наших диагностических испытаний, которые должны быть направлены на выявление возмущения в нервной системе специальных изменений, обусловленных определенными влияниями индивидуального существования, именно таким путем можно раскрыть как замаскированные природные черты, так и вновь приобретенные особенности типов нервной системы. Определение типологических особенностей должно и должно проводиться не только при рассмотрении характера в первую очередь стоит в связи с указанными выше трудностями, подчеркиваемыми и самим И. П. Павловым, и его учениками, в частности, А. Г. Ипполитовым-Смоленским (1953).

Неврозы имеют прямую связь с типом высшей нервной деятельности человека. Так, неврастения есть болезненная форма слабого общего и среднего человеческого типа, в истерия — (слабого общего) типа и соединении с художественным с патологическим преобладанием первой сигнальной системы и подкорки. Психастения возникает у слабого общего и соединения с мыслительным типом с патологическим преобладанием второй сигнальной системы. Поэтому у больного истерией общая слабость дает себя особенно знать в деятельности второй сигнальной системы, которая представляет высший регулятор человеческого поведения. По этой причине у больного наблюдается хаотичность в деятельности первой сигнальной системы и эмоционального фона. В случае психастении, наоборот слабостью отличается первая сигнальная система и эмоциональный фон.

Что касается взаимоотношения невроза, то он имеет в своей основе возмущение «больного пункта», длительно сохраняющегося вследствие усиливающей его зоны торможения, образующейся по механизму отрицательной индукции. Поэтому навязчивый невроз характеризуется навязчивыми действиями, которые являются результатом отрицательной индукции.

Необходимо отметить и те невротические заболевания, в основе которых лежит прочно зафиксировавшийся патологический условный рефлекс, условия развития которого (по механизму патологической условной связи) рассматриваются нами ниже.

Нужно иметь в виду, что психиатрическое соматическое заболевание или тяжелые повторные и длительные психические травмы могут ослабить и сильно уравновешенный тип нервной системы и привести к возникновению невротического заболевания. Не зная этого обстоятельства, легко может привести врача к ошибочному толкованию характера невротического заболевания. Это в равной мере относится как к диагнозу истерии, так и к диагнозу психастении. В некоторых случаях реактивный истерический синдром, если он затягивается надолго — на месяцы или даже годы, — может ввести врача в заблуждение. Нередко врач ошибочно считает такого больного «конституциональным истериком», «истерическим психопатом». При этом врач обычно усматривает и «целовую» установку, и «тенденцию к симуляции», и «сексуальную» этиологию, притом с будто бы трудно обратимыми патологическими проявлениями, «требующими длительного комплексного лечения». Вследствие такого неправиль-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 478.

ного лечебного подхода к этим больным врачи нередко усложняют и ухудшают их состояние, травмируя их также самым драматичным «историей».

Практика показывает, что в этих случаях при соответствующем анализе развития патологического синдрома психотерапии, а особенно проводимая во внешнем сне может в более или менее короткий срок дать стойким положительным эффект, вплоть до радикального устранения не только отдельных симптомов, но и всего синдрома, с полной нормализацией корково-подкорковых отношений. При этом у больного могут выявиться и черты более или менее сильного типа нервного systému. Наши наблюдения показывают, что такие реактивные психотические состояния могут развиваться у преимущественно (практически и клинически) здоровых людей и без предшествующего predisposing-жестия.

Такие заболевания мы всегда диагностируем как прооперированную истерическую реакцию или реактивный истерический невроз. Психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии или во внешнем сне, в подавляющем большинстве случаев дает стойкий положительный эффект.

Что касается этиологических факторов, лежащих в основе реактивного истерического невроза, нужно сказать, что в свете учения И. П. Павлова этот вопрос получает полную ясность. Здесь могут иметь значение чрезвычайно разнообразные травмирующие психику воздействия, к которым, по словам И. П. Павлова, относятся «не только ужасы войны, но и много других опасностей для жизни (пожар, несчастие на железной дороге и т. д.), длительный ряд жизненных ударов, как потери дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни, лишение имущества, разгром убеждений и верований и т. д. и вообще трудные условия жизни несчастный брак, борьба с нищетой, истязание чувства собственного достоинства и т. д.»¹. Данные наших наблюдений также свидетельствуют о весьма большом разнообразии травмирующих психику факторов, которые могут приводить к развитию истерического невроза.

Нередко истерический синдром, даже и более или менее длительной, может оказаться преходящим и иметь временный характер, не возобновляясь в дальнейшем жизни. Такого рода «истерии» нуждаются именно в психотерапии, которая дает, как упоминалось выше, отличное выздоровление.

Нужно сказать, что диагноз психастении сам по себе может вызвать травмировать больного. Часто такого рода больные в действительности не являются психастениками в общепринятом понимании, в смысле личностного характера или же личностно-психического конституционализма. Как известно, для последней характерны глубокие нарушения, говорящие о крайне слабом общем типе нервной системы, со свойственным психастениям патологическим преобладанием функции второй сигнальной системы над функциями первой.

Следует отметить, что нередко клиническая картина психастенического невроза включает в себя симптоматику, обычно специфичную для конституциональной психастении, что может послужить поводом для ошибочного диагностирования данного заболевания как психастении. По этой причине в нашей практике мы выделяли это заболевание в особую группу — «психастенический невроз».

Как известно, в свое время еще В. М. Бехтерев (1890, 1892, 1911, 1917

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медиз., 1921, стр. 416.

1928) указывал на эффективность внушения и гипноза при навязчивых состояниях; «из других психических расстройств,— говорил он (1911), могут быть вылечиваемы с помощью гипнотических внушений навязчивые идеи и различные виды патологического страха».

ОСТРЫЕ АФФЕКТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Среди условий развития невротического заболевания исключительное значение принадлежит характеру эмоционального состояния имевшего место при возникновении невроза. В свете данных школы И. П. Павлова о взаимоотношениях коры и ближайшей подкорки становится понятной та огромная роль, какую эмоции играют не только в обычных условиях жизни, но и особенно в возникновении невротических заболеваний. Чрезмерное ситуативное эмоциональное напряжение, однократное, а тем более повторное, кратковременное или же длительное воздействие определенных условий стать причиной возникновения значительного и стойкого нарушения высшей нервной деятельности. Поэтому при изучении различных нарушений функций организма необходимо строить на анализе эмоциональной сферы больного и пережитых им аффективных состояний.

Как известно, ряд моделей человеческих эмоциональных нарушений был получен М. К. П. тронной (1946) на собаках. Ею было установлено, что если нервная система в течение длительного времени, например, ряда лет, систематически подвергалась тяжелым нервным травмам, то всегда можно было наблюдать, кроме различных патологических состояний нервной системы, еще заболевания почек, печени, суставов, воспаление среднего уха, двигательные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, так же как и различные специфические заболевания кожи и разнообразные новообразовательные процессы как на коже, так и во внутренних органах. Появлению этих заболеваний непременно предшествовали срывы нервной деятельности. По ее словам, различные психические травмы, «пониженному, имеют самое существенное значение для предрасположения организма ко всякого рода заболеваниям, вплоть до рака, и до преждевременного старения организма. Поэтому вопросу о связи психического и соматического необходимо придавать большое значение». Многочисленные клинические наблюдения неврологических расстройств функций внутренних органов и систем могут служить доказательством этого.

Неповторимое развитие или же временное обострение одной или другой из наших эмоций может, говорят И. П. Павлов, «посылать в соответствующие корковые клетки в определенный период времени, или постоянно, беспрестанное или чрезмерное раздражение и таким образом произвести в них, наконец, патологическую инертность — неотчетливое представление и ощущение, когда потом постоянная причина уже перестала действовать. То же самое могли сделать и какие-нибудь сильные и потрясающие жизненные впечатления».

О важном значении эмоций в развитии тех или иных нарушений высшей нервной деятельности свидетельствуют данные исследований В. М. Бехтерева и В. П. Мисничева (1926) и Н. И. Красногорского (1939). Так, Н. И. Красногорский отмечает, что рефлексы, образованные во время сильного испуга, остаются неугасимыми на всю жизнь. Он считает, что во время сильных эмоциональных подвороковых возбуждений кора как

И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 410.

целые заторможена, кроме тех импераций, которые непосредственно раздражаются при данной ситуации. Для иллюстрации сказанного приведем ряд примеров из нашей практики.

1. Больная И., 63 лет, обратилась с жалобами на то, что встречи похоронными процессиями и всем, что связано с похоронами (панихиды и пение траурная музыка, замах ладаца и т. п.), в течение всей ее жизни вызывают у нее «несниваемый страх», с резко выраженным вегетативным компонентом, а иногда и обморочные состояния. Этот страх предопределяет все ее поведение: она была вынуждена переменить выбранную ею профессию, старается проживать подальше от кладбища (на котором ни разу в своей жизни не была), уходит в страхе с концерта при звуках похоронного марша и т. п.

В процессе выяснения условий образования этой патологии, кол- реакции нам удалось установить, что однажды в 5-летнем возрасте она была证人 панихиды похоронил, причем, когда во время панихиды стала закрываться, была пригнута ей ладница. «Этот инцидент и возмет меня с собой и я была в ужасе хватил ужас», — говорила больная, — я вся дрожала и обхватывала руками погребальника, спрятала лицо между ее коленями и так стояла, а я дрожала, пока не окончили панихиды». Во время рассказа больная дала полную эмоциональную реакцию с выраженным вегетативным компонентом (покраснение лица, выступление слез на лбу, учащение пульса), с общей дрожью и ощущением «запах ладаца», насыщавшего воздух во время панихиды.

В данном случае однократное, но чрезвычайно сильное эмоциональное возбуждение, развившееся под влиянием словесного раздражителя обусловило возникновение и фиксацию на многие годы патологической условнорефлекторной реакции на данную ситуацию в виде чувства

Эта много лет существовавшая фобия была полностью устранена путем сознательного внушения во гипнотическом состоянии. Следует отметить, что уже после 1-го сеанса (по дороге домой) больная спокойно жила с встретившейся похоронной процессией. Переехав вскоре на новое место жительства, она согласилась посетить недалеко от кладбища (о чем мы узнали впоследствии, из письма ее мужа). Больная находилась под наблюдением в течение 4 лет и не было случаев возникновения фобии.

2. Больная П., 45 лет, обратилась с жалобами на боязнь замкнутого пространства в толпе. При определенных условиях ею овладевает волнение, состояние растерянности и отчаяния, возникает сердцебиение, страх, часто до криков. Если она стиснута в толпе людей и не видит близкого выхода, например, в вагоне трамвая, или на собрании, т. е. в переполненном помещении, вдали от выхода, то в необычайном волнении, с криком отчаяния и ужасом на лице она умоляет скорее пропустить ее к выходу, протискивается с большими усилиями вызывая удивление со стороны окружающих. По подходу к выходной двери и видя, что она открыта, тотчас же успокаивается. В театре, на концертах, на научном заседании она бывает отнюдь не спокойна, но когда входит или выходит вместе с толпой людей, тотчас же начинает испытывать невыносимый ужас. Если она стоит в трамвайном вагоне у открытого окна, то страха обычно не испытывает: есть выход через окно. Но если ей случается быть в закрытом помещении в большой толпе людей, тотчас же у нее возникает непреодолимо сильный приступ страха.

Применялись разнообразные медикаментозные и физические методы лечения, но без всякого успеха. Врачи ей рекомендовали «взять себя в руки» и не «зачинаться символическим», но попытки в этом направлении

оказались безрезультатными. Но словам больной эти страхи и аблюд у нее «жю жизни», причем происхождение их для нее было истоня. «Но знаю, откуда и почему они!»

Однако путем соответствующих вопросов о переживаниях в далеком прошлом все же выяснилось, что больная в 17-летнем возрасте пришла в собор на торжественное богослужение, где с трудом пробиралась вперед через плотно стоящую толпу солдат. Дошла до середины собора, отдалась крепчайшим стиснутым окружавшими ее солдатами и почувствовала себя в безвыходном положении, не имея возможности двинуться ни вперед, ни назад. Ею овладело состояние ужаса, отчаяния и растерянности. «Отдаленность выходной двери привела меня в безумный ужас», — говорила она, — и я кричала по своему голосу: мне душно! Сопровождающие люди помог и ей выбраться из толпы и вывели ее на двор. Но мере приближения к открытой двери, она стала постепенно приходить в себя, а выйдя на улицу совершенно успокоилась.

Рассказывая, больная сильно волновалась, как бы вновь переживая все происшедшее с ней примерно 30 лет назад, причем она «явственно» ощущала запах солдатских шинелей и человеческой толпы». Таким образом, и здесь произошло оживление следов сильного эмоционального возбуждения.

С больной проведена разъяснительная беседа о том, что это состояние прекратится. После этого она в значительной мере успокоилась, в то время как до того она была в тревоге за полноценность своей психики. Мы ее отпустили, предложив явиться в случае рецидива. Больная больше к нам не являлась и дальнейших сведений о ней мы не имели.

3. Больная Ш., 36 лет, обратилась с жалобами на повышенную раздражительность, явления сжатия в области сердца и желудка, тревожностью с постоянной мучающей в момент зноминация яркой картиной нападения на нее бандита: «Я, человек и шинели с обрезами в руках». В такие моменты больная вскрикивает, просыпается и вскакивает лишь под утро. Такая же картина преследует ее и при бодрствовании, когда почеревает. В связи с этим развивалась боязнь выходящих людей в военной шпелю: «Как увижу похожего на меня внутри загорится!» Резкое снижение работоспособности, слабость, прогрессирующая падающая аппетит. Общая укрепляющая терапия (в поликлинике) результата не дала. До заболевания отличалась хорошей работоспособностью, веселым и жизнерадостным характером.

Проведено пять сеансов индивидуальной терапии во знуленном сне, что дало возможность полностью устранить весь патологический синдром и восстановить нормальную корковую динамику. Наблюдалась на протяжении 2 лет рецидивов не было. Работоспособность, жизнерадостность и спокойный характер восстановились полностью (наблюдение Е. С. Кяткина).

Итак, мы видим, что и приведенных выше наблюдений острая эмоциональная напряженность была весьма существенным звеном в патогенезе и развития невроза, что подтверждает правильность оного положения Дежерина (1912) «без эмоций нет психоневроза». Нужно сказать, что в большинстве случаев такого рода эмоциональные факторы обычно без большого труда устраняются самим больным.

Как известно, вопросу о патогенетическом значении острых отрицательных эмоций в свое время было посвящено достаточно много внимания. Мы знаем классические труды наших отечественных авторов, собравших огромный эмпирический материал по этому вопросу, — В. А. Мавяссеева (1876), А. Яроцкого (1914), а также зарубежных — Шарля Ферю (Charles Féré, 1892), Дежерина (1912). Физиологические механизмы возникновения

эмоций выискивались в работах В. М. Бехтерева, а в дальнейшем и школы И. П. Павлова, особенно в работах М. К. Пестровой (1946). Из последних вытекало, что длительное отрицательное эмоциональное напряжение, оказывая воздействие на состояние тонуса коры, может приводить к значительным нарушениям вегетативных функций организма и сопротивляемости его различным вредностям.

Необходимо также отметить исследования лаборатории И. К. Анохина (1948), посвященные проблеме эмоций. Кроме того, в последнее время И. К. Анохин предложил концепцию коркового торможения и на ее основе сделал попытку физиологического анализа течения невротических состояний (1955). В этих исследованиях большое значение придается отрицательным эмоциям, которые при определенных условиях ведут к возникновению невротического состояния.

ФАЗОВЫЕ СОСТОЯНИЯ

Как мы уже знаем, переходные состояния от бодрствования ко сну и обратно, получившие в учении И. П. Павлова наименование гипнотических фаз (фазы уравнивательная, парадоксальная и ультрапарадоксальная), играют важную роль в физиологическом механизме внушающего действия слова. По этой причине и развитие невротического синдрома, если оно произошло по механизму словесного внушения, также наиболее легко возникает именно в этих условиях.

Следует отметить, что развитие фазового состояния обычно связано со сниженным тонусом корковой коры, создающимся, например, в условиях астенической эмоции (искуг, страх, тревога, растерянность и т. п.), т. е. при кратковременных или длительных и напряженных динамических процессах в подкорке, вызывающих выраженную отрицательную индукцию в коре и снижающих таким путем тонус последней. Как показали исследования лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского, эти фазовые состояния могут также возникать при инфекционных или токсических заболеваниях в условиях истощения корковых клеток при значительных функциональных эндокринно-вегетативных перестройках. Об этом говорят также данные Д. С. Фурсикова (1922), М. С. Розенталя (1922), Н. Р. Пророкова (1941). Наконец, сниженный тонус коры мозга может быть обусловлен не только врожденной слабостью нервной системы (слабый тип), но и приобретенными свойствами (ослабленный тип). Как говорит об этом И. П. Павлов, «можно легко представить себе нервные системы, или со дня рождения, или под влиянием трудных жизненных положений, обладающие малым запасом раздражительного вещества в клетках коры и потому легко переходящие в тормозное состояние, в разные степени, от легкой к тяжелой, переходя к так называемому неврозу».

Нередко приходится наблюдать картину, чрезвычайно ярко иллюстрирующую роль фазового состояния в течении невроза, который возник под влиянием травмировавших психику словесных раздражений при переходном состоянии от сна к бодрствованию или наоборот, — от бодрствования ко сну.

В этих же условиях ярко выступает и эффективность психотерапии К. И. Платонов, 1930, 1935, 1940).

В случаях фазовых состояний невротические синдромы чаще всего развиваются по сложным физиологическим механизмам внушения и самовнушения, но часто отличаются сложной клинической картиной

* И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 286

и длительным течением, что нередко составляет причину значительных диагностических затруднений.

Приводим типичные в этом отношении наблюдения, свидетельствующие о значении сниженного тонуса коры и патогенетической роли переходных состояний в образовании неврозов навязчивости.

1. Больной З., 24 лет, обратился в мае 1930 г. с жалобами на навязчивый страх сойти с ума, потерю веры в свои силы, полную неспособность, мучительное «сознание непригодности к работе и жизни». Состояние больного прогрессивно ухудшается, несмотря на стремление к выздоровлению. Болен в течение одного года.

При опросе больного выяснилось, что он как-то смотрел в третий раз мало интересовавшую его кинокартину, и тому же на последнем вечере «сеансе», и поэтому большую часть времени находился в дремотном состоянии. Но в момент наиболее ярко выраженной сцены психического расстройства героя кинокартины его толкнули и вывели из дремотного состояния. Он, полуоткрыв глаза, взглянул на экран и тут же услышал тихо пропавшее слово соседа: «Вот так и ты сойдешь с ума». Его охватил ужас и смущение и он в большом волнении, с трудом досидел до конца сеанса.

Ночь прошла мучительно, без сна. В голове звучали слова соседа: «Вот так и ты сойдешь с ума», а перед глазами стояла картина сумасшествия. С этого дня у больного возник навязчивый страх сойти с ума, усиливавшийся впоследствии из-за диагноза врачей «психастения». Играть в оркестре уже не мог, так как не переставала мучить мысль о сумасшествии, сон нарушался картинами сумасшествия, из-за них боялся ночевать. Сделался мнительным, боязливым, «каким никогда раньше не был». Работоспособность падала, ухудшение здоровья и безрезультатность лечения приводили его в отчаяние. «Самоубийство являлось единственным выходом», говорил больной.

После выяснения причины проведена разъяснительная и успокоительная беседа, которая, однако, его не успокоила, на следующий день явился в том же состоянии. Оказался хорошо гипнабельным, проведено пять сеансов внушения во внушенном сне, причем формула внушения включала связывание накануне с добавлением «индифферентного отношения к пережитому» и «забывания переживания» с последующим односторонним внушением сна-отдыха. Эффект получился поразительный. «Когда я, — говорил больной, — после первого сеанса вышел на улицу, мне сделалось приятно. Я стал смотреть на прохожих и задавать себе вопрос: „Ну, чего в самом деле боюсь, ведь люди ходят, не боятся, а я боюсь!“ Я смог, наконец, взять себя в руки и пришел домой уже веселый. Правда, выступления пока боялся, но не так, как раньше». После 2-го сеанса стал чувствовать себя еще лучше, а после 4-го и 5-го сеансов совсем хорошо. «Радости моей нет границ!» — говорил больной.

Был под наблюдением 11 лет, рецидивов не было, после выздоровления в течение 10 лет играл в оркестре радиокомитета. Диагноз: навязчивый невроз (наблюдение Ф. Б. Цейкинской).

Вне сомнений, в этом случае имело место явление, вполне аналогичное гипнотическому и постгипнотическому внушению, так как в момент восприятия двух раздражителей зрительного и слухового — дантас человек находился в состоянии полного сонного торможения, т. е. имелся сниженный тонус коры мозга, обусловленный переходом от сонного к бодрому состоянию. Повидному, здесь могла иметь место парадоксальная фаза, при которой словесный раздражитель (слова: «Так и ты сойдешь с ума»), сказанные в тому же тихо, а также зрительный (оба слабые) создали локально ограниченный и притом несоответственно

сильный очаг возбуждения с резко выраженной зоной сильной отрицательной индукции. По такому механизму образовался «больной пункт» очаг патологически застойного возбуждения.

Обратный процесс — устранение больного пункта — был осуществлен путем терапевтического внушения: «перенитое нами уже забыто, никакого действия оно на нас не оказывает, вы снова вполне здоровы». Лечебное внушение было проведено также в условиях сна в состоянии толуса коры, лежащего в основе состояния внушенного сна. Как мы видим, устранение патологического синдрома произошло столь же быстро, как и его образование, и при тех же физиологических условиях в переходном (фазовом) состоянии мозговой коры. В этих условиях восстановление «больного пункта» происходит особенно легко, о чем свидетельствуют следующие два наблюдения.

2. Больная X, 23 лет, доставлена в диспансер родственниками в тревожно-возбужденном состоянии, с жалобами на боязнь ветра с мужчинами, боязнь мужских взоров, присутствия ножен, топоров, полодиков. Наряду с этим, боится одна выжить из дому, спать на своей постели, причем ночью не спит совсем, а днем может лишь дремать, сидя на стуле, а при углублении дремоты тотчас же просыпается. Реальное искушение.

Заболевание острое, длится около 2 месяцев, началось с нападением на ее квартиру. Ночью была разбужена одним из членов семьи, сказавшим шепотом: «Просыпайся, к нам лезут бандиты, одетые в маски!». Возник испуг и кратковременное ступорозное состояние. Нападение было быстро предотвращено и нападавших больная не видела, однако она была под сильным влиянием разбудивших ее слов.

Больная рассказывала, что услышанные ею слова действовали «как гром», ее охватил ужас, все спуталось, только и слышалось в голове: «Бандиты, бандиты в масках!». Боязнь ножей, топоров объясняла тем, что при повторном нападении, которого она в наш жестокий страх ожидала, эти предметы могли быть использованы бандитами. Боялась полодиков, потому что в случае защиты от нападения она «может на них поскользнуться и упасть». Боялась спать на своей кровати и предпочитала спать сидя, чтобы скорее и легче можно было «сняться бегством».

После четырех сеансов внушения во внушенном сне с последующими односторонними сеансами внушенного сна-отдыха весь патологический синдром был устранен. Положительный катамнез 12 лет, рецидивов не было.

Приводим другой случай возникновения аналогичного «больного пункта» в форме тяжелого невротического состояния.

3. Больная Л., 21 года, со здоровой наследственностью, привезена матерью в ноябре 1930 г. с жалобами на чрезвычайно тревожное, угнетенное состояние, резкое исхудание, бичеванку и на то, что в течение месяца ее преследует боязнь развития разнообразных заболеваний и возможности скорой смерти. Это привело к постоянному хождению по поликлиникам и лабораториям в упорных поисках подтверждения лабораторными анализами изображаемых ею заболеваний.

По словам матери, в последнее время «стала совсем ненормальной»: не ест, не спит ночами, плачет, только и говорит о болезнях. Психиатры направляли в психиатрическую больницу, так как развилась картина так называемого «идеобессерийного психоза», в то время как до заболевания всегда была здоровой, бодрой, жизнерадостной, работоспособной.

Выяснилось, что месяц назад перенесла брюшной тиф. Во время помрачения сознания, когда температура у нее была 40,2°, у постели собрался консилиум врачей, которые высказывали различные предло-

ложении о возможных осложнениях: «Сам тиф не опасен, но могут быть осложнения», «Здесь, пожалуй, развивается или менингит, или явления уремии», «Необходима консультация с невропатологом» — далее упоминалось об энцефалите, о параличах, о флегмоне. Как затем выяснилось, эти слова доходили до сознания больной.

Я смутно соображала, — говорила потом больная, — что возле меня врачи, называя осложнения боялись мне и голову». В период выздоровления эти ругательные ею фразы стали оживать, и больная начала находить у себя признаки всех этих заболеваний. «Ужас перед ними охватывал меня», — говорила она. Так постепенно у нее созревали навязчивые мысли еще больше усилившиеся после того, как соседка больном по палате, пытавшаяся встать на ноги, упала. Вспомнив сказанное врачом о возможности паралича, решила: «Вот и со мной будет то же!»

Четыре сеанса психотерапии во вынужденном сне с последующими сеансами в «лучиковом» вынужденном сна-отдыха устранили весь синдром. Диагноз: «Яростный навязчивый невроз, нозофобия». Была под наблюдением в течение 6 лет, рецидивов не было¹.

В данном случае в основе развития синдрома лежал физиологический механизм вынуждения, возникший в условиях полной заторможенности ослабленной под влиянием тифозной инфекции коры, с развившейся, повидимому, парадоксальной фазой. К этому предположению приводят исследования психопатологов, в частности, упоминавшиеся выше данные лаборатории А. Г. Иванова-Смоленского (1952), посвященные изучению влияния на динамику коры мозга таких факторов, как инфекции, гипоксия и различные нарушения функций эндокрино-вегетативной системы. При этих условиях отмечалось преобладание тормозного процесса над процессом возбуждения, переходное (фазовое) состояние корковых клеток. Это предположение мы можем высказать на основании многих других клинических наблюдений невротических заболеваний, развивавшихся по физиологическому механизму вынуждения (главным образом в форме невроза навязчивости) в условиях сниженного тонуса коры мозга под воздействием различных факторов.

В аналогичных физиологических условиях развився невроз навязчивости и у следующего больного.

4. Больной К., 33 лет, поступил с жалобами на упорный навязчивый страх смерти, не покидающий его в течение нескольких месяцев. Причиной послужили слова, сказанные в тот момент, когда он лежал в состоянии алкогольного опьянения: «Жахнет, умер». Эти слова вызвали сильный испуг и отрезвление. С этого момента его не покидает навязчивый страх смерти.

Этот патологический синдром был ликвидирован двумя сеансами вынуждения во вынужденной дремоте с последующим вынужденным сном отдыхом.

Таким образом, мы видим, что во всех приведенных случаях (а таких в клинической психотерапевтической практике встречается немало) заболевание возникает в условиях сниженного тонуса коры мозга и фазовых состояний. Подобные наблюдения были описаны Е. А. Поповым (1953), который также подчеркивает роль фазовых состояний в развитии патологической навязчивости.

¹ Более подробное описание трех последних случаев см. нашу статью «Материалы к учению о значении переходных состояний коры мозга» Труды Украинского психоневрологического института, Харьков, 1938.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВНОРЕФЛЕКТОРНЫЕ СВЯЗИ

Как показывают клинические наблюдения, условные раздражители, которые могут входить в патологическую временную связь, чрезвычайно разнообразны. На каждый внешний раздражитель в силу универсальности явления временных связей может при определенных условиях образоваться патологический условный рефлекс, проявляющийся лишь при наличии специфического раздражителя. Возможность получения патологического условного рефлекса экспериментальным путем впервые была установлена В. А. Крыловым (1925).

Нужно сказать, что в огромном большинстве случаев патологические условнорефлекторные связи устраняются психотерапией, причем обычно довольно быстро, независимо от степени их прочности.

Нам приходилось наблюдать условнорефлекторные головные боли, возникавшие каждый раз при приезде в тот город, где впервые была перенята тяжелая психическая травма, сопровождавшаяся упорной головной болью. У нас в диспансере наблюдалась больная, у которой «истеро-эпилептиформные» приступы возникали при каждой ее встрече с женщинами-блондинками, так как в течение долгого времени больная была трампована увлечением ее мужа блондинкой. Сюда же нужно отнести и часто встречающиеся фобии (боязнь пространств, закрытых помещений, острых предметов и многие другие), развивающиеся и закрепляющиеся по механизму временных связей. Психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии или же в состоянии искусственного сна, в значительном большинстве случаев дает положительный результат.

Случай возникновения патологической условной связи в среднем. Приводим еще несколько типичных примеров.

1. Больной Ш., 24 лет, обратился в амбулаторию с жалобой на то, что в течение последнего года страдает приступами тошноты и рвоты, начинающимися всякий раз, когда он едет в вагоне трамвая или же в автобусе. Из-за этого не может пользоваться этими видами транспорта. Более того, самый вид трамвайного или автобусного вагона, шум их движения, а в последнее время даже одна мысль о них уже вызывают рвоту. По этой причине должен был уехать в деревню, где прожил 2 месяца; но и там при мысли об автобусе или трамвае иногда возникала та же рвотная реакция. Вместе с тем у него резко понизилась работоспособность, пропал аппетит и он сильно похудел.

В анамнестической беседе выяснилось, что заболевание возникло год назад, когда в железнодорожном вагоне, в котором больной ехал из Ирыма, находился пассажир, страдавший частыми приступами рвоты, из-за чего продолжавшимися в течение нескольких часов, что ночью мешало нашему больному спать, оказав на него крайне тягостное воздействие. С этого времени у него и возник описанный выше патологический вегетативный (рвотный) условный рефлекс на вид вагонов, в том числе автобуса или трамвая.

Разъяснительная психотерапия эффекта не дала. Было проведено четыре сеанса внушения в дремотном состоянии, причем с 1-го же сеанса было отмечено улучшение. Больному внушалось забвение пережитого им случая и спокойное, безразличное отношение к любым видам транспорта. После проведенного курса психотерапии он заявил нам, что «совершенно здоров», спокойно ездит в автобусе и трамвае, не испытывая прежних неприятных ощущений, причем восстановился аппетит, вернулась работоспособность, прибавил в весе. Демонстрировался на лекциях студентам. Наблюдался нами в течение года, рецидивов не было (наблюдение Р. Я. Шлифер).

2. Больной Н., 25 лет, обратился с жалобой на то, что с некоторого времени начал страдать сильным потением рук, возникавшим неоднократно, когда он должен был здороваться с малознакомыми ему людьми, особенно же сильно это проявлялось при каждой его встрече с одной молодой женщиной.

Эти явления начались 2 месяца назад, с того дня, когда эта женщина, здороваясь с ним, заметила ему, что у него потные ладони. Это настолько его травмировало, что с тех пор при каждой встрече с ней у него тотчас же обе ладони обильно увлажнялись потом. В дальнейшем это стало происходить и при встречах с другими людьми. Двумя сеансами психотерапии, проведенными в дремотном состоянии, патологический рефлекс был устранен.

Напомним, что это своеобразное состояние, выражающееся в усиленном потении рук, в свое время было описано В. М. Бехтеревым (1906).

3. Больная Г., 28 лет, в январе 1940 г. ночью угорела, пролежала в больнице 3 дня, с тех пор каждую ночь в 4 часа утра (в тот самый час, когда угорела) появляется весь синдром отравления угарным газом: просыпается с головной болью, тошнотой, за которой следует рвота. При этом с утра самочувствие хорошее, весь день работоспособна. Приступы не прекратились и тогда, когда она ночевала в другой квартире у сестры. Отдохнула от них лишь во время 3-недельного пребывания брата, приехавшего погостить. В летние месяцы, когда печь не топится, приступов не было, но как только начинали топить печь, приступы возобновились, возникая даже при открытой на всю ночь печной трубе. Приступы появлялись и в случаях нарочитого прекращения топки печи. Фармакологическое лечение оказалось безрезультатным.

Применена психотерапия. Больная оказалась хорошо гипнабильна и три сеанса гипносуггестивной терапии с внушением: «Вы здоровы, отныне головные боли больше не возникают, вы всю ночь спите спокойно, устранили весь синдром. Больная оставалась под наблюдением в течение 3 месяцев, рецидивов ночных головных болей не наблюдалось.

У данной больной имел место патологический условный рефлекс на фактор времени, образованный на основе отравления угарным газом. Патологический условный рефлекс на фактор времени мы наблюдали еще в форме приступа болезни в брюшной полости с дисфункцией кишечника. Речь идет о больном Ш., у которого этот рефлекс возник в день пожара, когда он пережил чрезмерное волнение, сопровождавшееся болезненной дисфункцией кишечника.

В заключение отметим, что в ряде случаев бывает важно дифференцировать неврозы, возникшие по механизму патологического условного рефлекса, от психозов, обусловленных наличием большого пункта в коре головного мозга.

При возникновении изолированных корковых пунктов механизм болезненного состояния состоит, по словам И. П. Павлова, «именно в нарушении равновесия между противоположными процессами — слабым и значительно и преимущественно то один, то другой процесс» (разрядка наша.— К. И.)¹. В силу этого «...прикосновение к этим пунктам адекватными раздражителями ведет к быстрому и резкому падению общей условнорефлекторной деятельности»².

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Москва, 1951, стр. 401.

² Там же, стр. 374.

В основе такого больного пункта обычно лежит стойко зафиксировавшийся очаг концентрации в виде желания, желания, осуществляющийся вследствие изолирующей его зоны отрицательной индукции, обуславливающей патологическую инертность раздражительного процесса. По этой причине он проявляется непрерывно и повседневно, давая на любой раздражитель реакцию, реакцию, которую можно считать смутной догадкой, реакцией. Таким образом, этот пункт является — это пункт с хронически нарушенной деятельностью.

В основе же патологического условного рефлекса лежит закрепившийся условный рефлекс, который является между собой раздражителем и патологической реакцией организма.

Поэтому мы должны отметить, что для диагностики и терапии неврологических заболеваний важно разграничить механизмы образования больного пункта и патологического условного рефлекса.

ЭНДОКРИННЫЕ ПЕРЕСТРОЙКИ ОРГАНИЗМА

Мы уже рассматривали вопрос о влиянии словесного внушения на функции организма, о его влиянии на деятельность, обусловленные различными факторами, влияющими на физиологическое состояние. Мы отмечали, что в условиях жизни и нервной деятельности могут возникать именно в условиях той или иной происходящей в организме эндокринной перестройки, влекущей за собой снижение тонуса коры мозга.

Нам часто приходится наблюдать возникающие на этой почве неврологические заболевания, развивающиеся чаще всего в острой форме. Приведем несколько наблюдений.

1. Больная К., 38 лет, обратилась с жалобами на навязчивые мысли и страх, на бессонливую и нервозную раздражительность, плах и слез, боязнь себя с ума, а в связи с этим волнения за возможность возникновения психики. До того считала себя уравновешенной, адекватно мыслящей, волевой, выносливой, трудолюбивой. Летает несколько месяцев трудоспособность снижена.

Пудем напомнить, что в беседе выяснено, что состояние навязчивости началось, когда она хлопотала о своей аномальной, заболевшей психикой, в результате срывами, хлопоты посредственно в психиатрическую больницу и т. д.), но она не склонна видеть в этом причину своего состояния, так как относилась к заболеванию знакомой относительно спокойной, «обычному» и деловому состоянию, забываясь производило на нее какое-либо сильное впечатление. Однако при более углубленном расспросе выяснилось обстоятельство, позволившее, как нам кажется, правильно подйти к генезу ее состояния навязчивости (что болела, шло с успехом обследуется в клинике). Было выяснено, что работы в знакомой компании с дном менструации у больной, а кроме того, были связаны с усталостью и недосыпанием. Словесность этих факторов по мнению не вызывать сильных изменений в организме, на которую, как дальше выяснилось, давали слова близких и знакомых, все время предупреждавших ее «что вот предстоит общение с душевнобольными она сама может психически заболеть». Все это говорило в пользу о развитии навязчивого страха по физиологическому механизму индукции.

Больной был разделен физиологическим механизмом образования навязчивых мыслей и необоснованность ее тревоги за состояние своей психики, что ее совершенно удовлетворяло. Навязчивые мысли и страх сйти с ума удалось устранить тремя сеансами психотерапии, проведенными в дремотном состоянии. Больная начала вполне успокоившись, дальнейшая ее судьба нам неизвестна.

² Иммануил II. 41 года, обратился с женой на палачинно преданного им. Своем. Воних. р.ч. инд. О краях. так как при этом. т.ч. же является мы. что. кр. ю. инд. на. кр. кра. является

[illegible]

3. Больной Р., 44 лет, приведена к нам в тяжелом депрессивном состоянии с бредом депрессивного содержания, с идеями неизбежной смерти. Держась за запястье левой руки, смотрит в глаза, заявляет, что сердце остановилось, пульса не слышно, прикладывая к груди стетоскоп не контактна, на обращение к ней не реагирует, твердит одно и то же «Мне плохо», боль сердца не ощущается и т.п. Находится в двигательном возбуждении, проносит обвинения своему брату, что он довел его к этому, что они тверды как камень. Рациональные рассуждения безрезультатны.

Такое гипохондрическое, бредоподобное состояние стало развиваться 17-го месяца после окончания работы на заводе, связанное с ощущением жаворонка, что ее очень встревожило. Начав ощупывать живот, обнаружила бешеные зоры и, решив, что это опухоль, стала понушаться. После 3-х дней наступили постоянные тревоги и боли, ночи без сна, на работе плачет, угнетенно-тревожное состояние. Укрепились мысли об слухе в животе. Поликлиникой направлена в психиатрическую клинику, предварительно была приведена к нам.

Для успокоения больной применено метинированное вещество по известному способу. Больная сытла у врача, первый сеанс вызвал общее улучшение. Последующие семь сеансов привели к прогрессирующему улучшению. Через 2 недели после лечения больная вышла на работу. В дальнейшем лечения не было. Больная является климактерически вегетативной дистонией и черты тревожно-мнительного характера, мешавшие ей продолжать работу. Последние сведения о ней имелись через 3 года после выдворения из больницы, она была, энергична, весела, очень общительна, трудолюбива и трудоспособна, любит свое дело, но несколько мнительна.

Мы полагаем, что положительный эффект психотерапии доказывает психогенную природу реактивно возникшего гипохондрического психического состояния, развившегося по физиологическому механизму самовнушения у больной, находясь при определенных условиях в состоянии слабого общего типа нервной системы, сниженному в период климактерической перестройки (климакс).

Нам кажется, что приведенные примеры могут служить иллюстрацией повышенности или гипотоничности деятельности у некоторых лиц во время климакса и в состоянии эндокринно-вегетативной перестройки физиологического характера.

ПОВЫШЕННАЯ ВНУШАЕМОСТЬ И САМОВНУШАЕМОСТЬ

Мы уже говорили, что, согласно учению И. П. Павлова, внушаемость основана на легком переходе корковых клеток в тормозное состояние разорванности в деятельности коры.

Приведем некоторые примеры

1. Больная С., 20 лет, считает себя соматически здоровой во всех отношениях. По свидетельству врачей, в течение некоторого времени отличалась крайней повышенной лабильностью кожной трофики, а также значительной самовнушаемостью, что проявилось у нее в форме различных, легко возникавших психогенным путем, тканевых реакций. Так, однажды, когда одна из больных стационара на соходе пожаловалась на сыпь, появившуюся на предплечье, у нее через несколько часов на том же месте предплечья появилась сыпь аналогичного характера (в виде имитации). Такие явления тканевой реакции, развивавшейся по физиологическому механизму самовнушения, при аналогичных условиях возникали у нее неоднократно. В данном случае имело место повышенное самовнушение, осуществлявшееся через зрительный анализатор и связанное с различными нарушениями тканевой трофики.

Как было выяснено, за несколько месяцев до этого больная перенесла весьма сильную психическую травму (незаслуженный выгон по службе, перевод на другую работу и вследствие этого вынужденный разрыв с любимым ею человеком, от которого она была беременна).

Понятному, психическая травма, нанесенная во время беременности, привела к резкому падению тонуса коры мозга, способствующему развитию крайне обострившейся внушаемости и самовнушаемости, а также к значительному повышению лабильности тканевой трофики в форме вегетативного имитационного рефлекса.

2. Больная Р., 42 лет, поступила с жалобами на бессонницу и глубоко переживание, связанные с потерей мужа, болезнью и смертью которого она тяжело переживала. До этого была вполне здорова, отличалась бесстрашием и сильной волей, по видимому, принадлежала к сильному и уравновешенному типу нервной системы. При этом больная сообщила, что вскоре после смерти мужа с ней произошла следующий необычный случай: как-

или болевой реакции — работа на производстве, она была вынуждена сидеть на полу, когда одному из работающих с ней тяжело падали на нее и на ее руки, и она увидела кровь, разволновалась. А через несколько минут почувствовала сильную боль в том же самом месте своей правой руки, продолжавшуюся в течение нескольких часов.

Повидимому, ее центральная нервная система, ослабленная тяжелыми переживаниями, связанными с потерей мужа, также была подвержена таким состояниям, крайне легко принимала и усиливала стимулы, при котором у нее могла с особенной легкостью воспроизводиться картина эмоционально окрашенного имитационного рефлекса. Как можно думать, здесь имел место воспроизведение болевого рефлекса по механизму мимикрии.

В литературе описаны аналогичные случаи. Так, В. А. Манассеин (1877) приводит следующее наблюдение.

Мать видела, как тяжелая рама упала на ручку ее ребенка и отпала с ней пальца. Все это действительно парализовало ее, что она продолжала неподвижно сидеть и смотреть на ребенка. Это продолжалось до тех пор, пока медицинский врач не сделал перевязку ран у ребенка и не обратил к ней. К удивлению всех присутствовавших у матери оказались поврежденными и опухшими те три пальца, которые у ребенка были отрезаны ударом рамы, хотя до этого ее пальцы были совершенно здоровы.

3. У больной М., 37 лет, признаки крайне обостренной самовнушаемости проявились в следующем. При слухе из офтальмолога сообщили ей, что у нее заднем ухом слухать не получается. После этого у больной тотчас же наступил сильный приступ рвоты. В дальнейшем она узнала, что у нее в заднем ухе был жужжащий звук, была чешотка и тот же день у нее возникла боязнь, что и у нее может быть то же самое, в результате чего у нее появились волдыри и сыпь между пальцами рук. После состояния сильного разъярения и убеждения, сделанного лечащим врачом, сыпь к вечеру того же дня исчезла. Больная рассказывала, что, будучи в Ессентуках, она принимала ванну и у нее возникло сомнение в чистоте ванны. Тотчас же по всему телу появилась сыпь, которая сохранялась в течение 10 дней, а затем исчезла.

4. Больной К., 25 лет, однажды рассматривал на выставке медицинские препараты изоплат мучилой как бы опухоли и опухоли при вечерних заболеваниях и у него возникла мысль, что он «тоже может быть заражен!». Часа через 3—4 после этого у него стала распухать рука, в том же самом месте, как это было на муляже. В тревоге он напугался и врачу, но не застал его. Во время поисков другого врача мысль о заражении ослабла, а когда он, вернувшись домой, лег отдыхать, то после пробуждения убедился в том, что опухоль исчезла.

Нужно сказать, что в таких случаях в реализации самовнушаемости (самовнушения) роль играют также все психические механизмы психики (испуг, смущение, тревога, брезгливость и т. п.), при которых механизмы самовнушения могут возникать не только местные вегетативные расстройства, но даже сложные вегетативно-эндокринные расстройства, как это имеет место, например, в случае самовнушенной беременности.

В заключение приведу наблюдение, когда наводящий пример обладал форму сложного кластеризического синдрома, образовавшегося на основе возбуждения следовых реакций.

5. Больная К., 20 лет, обратилась к нам с жалобами на непреодолимое стремление воспроизводить звуки собачьего лая, а также на постоянное чувство тревоги, замирания сердца, боязнь остаться одной в комнате.

(так как «лапине» при этом усиливается), вестибулярные явления при езде в трамвае, плохой сон и запоры. За последние месяцы назад после того как была крайне пахотана укусами и ее собак и в состоянии этого острого психического расстройства слышала в ее голове то слова «звучные» со слов сами пахотают лапте!» и под за этим и развились неукротимое постоянное «лапине», что вынуждало ее отказываться от всякого общения с людьми. Лечебные мероприятия (фармакотерапия, ванны, электротерапия) безрезультатны так же как и разъяснения и убеждения авторитетных врачей.

Острая отрицательная эмоция, обусловленная лаем и вкусом собаки, привела у данной больной к длительной атенизации коры мозга, а отсюда и к резкому усилению сам психических. При этом в речевых центрах лобной доли мозга на основе сам психических возник очаг эпилептического розежания, проявляющийся в виде неукротимых возникающих двигательных режаний, воспроизводящих звуки собачьего лага.

Несколькоми сеансами психического воздействия сие указанным синдром психического негрования и психического угнетения исчезла психическая «лапа» восстановилась и сие бывшая гиперраждотность, уменьшился ночной сон, исчезли вестибулярные явления, замирания сердца, запоры. Уехала из больницы. Безреждивный катамнез в течение 25 лет.

Из всего сказанного мы видим, что как повышенная внушаемость, так и явления самовнушения при пониженном тонусе коры мозга легко могут получить значение фактора, крайне облегчающего возникновение и развитие невроза. И поэтому при анализе этиологии и патогенеза невроза они также должны быть в сфере пристального внимания врача.

ЗНАЧЕНИЕ ВТОРИЧНОЙ ВТОРОСИГНАЛЬНОЙ ПЕРЕРАБОТКИ

Как известно, очень многие раздражения, падающие на кору мозга человека в период его бодрствования не получают сразу своего отражения в тех или иных актах высшей нервной деятельности и сохраняются в виде следов. Однако некоторые из этих бесчисленных раздражений, особенно если они эмоционально окрашены, т. е. связаны с эмоциональным процессом, при благоприятных условиях, например, в переходном фазовом состоянии коры мозга как бы внезапно оживляются, сразу вновь начинают оказывать свое воздействие на корковую динамику.

Как это происходит вследствие того что в корковых центрах сохраняются следы прошлых раздражений? Эти следы возникают, как только наступает ослабление тормозящего действия коры больших полушарий на подкорковые центры. Ослабление следов происходит таким путем и очень возможно так как по мнению И. И. Павлова подкорка является активным элементом всей нервной деятельности, а кора мозга играет роль регулятора подкорки, только направляя и сдерживая ее.

Во время оживления следов только что пережитого между следовыми процессами может происходить замыкание новых временных связей у человека, причем отношения уже к среде и к различным видам деятельности. Таким образом, создаются условия для образования новых корковых динамических структур, вернее правильно фиксирующихся, а в течение долгого приобретающих способность влиять на весь ход высшей нервной деятельности.

Как известно, вторичная второсигнальная переработка играет в физиологии высшей нервной деятельности человека весьма важную роль. В частности, она лежит в основе осмысливания пережитого или воспринятого. При этом иногда могут создаваться такие условия корко-

ной динамики, при которых явление вторичной второсигнальной переработки дает начало образованию и а т о л о г и ч е с к и х динамических структур, т. е. может приобретать определенную патогенетическую значимость.

Вместе с тем по тому же физиологическому механизму второсигнальной переработки нередко происходит развитие явления с а м о в н у ш е н и я. Возникающие в этих условиях временные связи обычно падают в отрыве от явления реальной действительности и поэтому неадекватно влияют на корковую динамику.

Приводим несколько наблюдений.

1. Больной М. 28 лет, сообщил нам, что месяц назад у него рентгеноскопически было обнаружено патологическое изменение верхушки правого легкого «в виде очаговой тени, величиной со сливу». Отнесся к этому спокойно, был весел и здоров, как всегда, так как о затемнении верхушки легкого знал еще 2 года назад. Но через неделю после этого во время загорания у него внезапно возникла мысль, что если «процесс уже идет дальше и скоро начнутся гниевые». Он сразу испугался, в испуге проснулся, но вскоре заснул снова. Однако с тех пор эта мысль приняла навязчивый характер: ощущает «сливу», тревожен, угнетен. Если до этого дня был спокоен в отношении своего здоровья и не думал о пораженной верхушке легкого, то теперь совершенно потерял покой.

Проведен сеанс разъяснительной психотерапии, во время которого была показана полная неосновательность его тревоги, причем был приведен ряд примеров развития у тревожно-мнительных людей подобного рода навязчивых мыслей и даже состояний. Явившись повторно через месяц, сообщил, что после этого сеанса его навязчивая мысль «исчезла», утратила свой непреодолимый характер и он от нее освободился.

2. Больной К., 37 лет, обратился с жалобой на навязчивый страх умереть от паралича сердца, возникший у него 5 месяцев назад при следующих обстоятельствах. Однажды, уже приготовившись ко сну и лежа в постели, он прочел сообщение о внезапной смерти от паралича сердца артиста Чукина. Он не читал Чукина, и это известие пришло к нему очень сильное впечатление, что, однако, не помешало ему заснуть и спать, как всегда, спокойно. Но утром он еще не успел очнуться, как возникла острая мысль: «И я умру так же внезапно, как Чукин!».

С тех пор эта мысль приняла навязчивый характер, причем навязчивость была настолько сильна, что лишила его покоя и стала мешать работать. Боясь за свое сердце, о котором раньше никогда не думал, так как был совершенно здоров, пошел в больницу. Однако при рентгенологическом исследовании изменений не было найдено. Но диагноз «невроз сердца» его еще больше встревожил. Другой врач диагностировал «миокардит». Прочитав статью о миокардите в Большой советской энциклопедии, он решил, что у него «быстро протекающий миокардит». На наше утешительное разъяснение ответил: «понимаю абсурдность навязчивости, но не могу сдержаться и себя побороть!». После двух сеансов внушения во внешней дремоте эта навязчивость была устранена.

Приходится нередко наблюдать случаи, когда возникновение навязчивости также связано с вторичной второсигнальной переработкой, но берет свое начало от с о д е р ж а н и я с л о в и д е н и я, оставившего после себя достаточно сильное впечатление. Содержательное содержание представляется, как известно, плод «испытанной комбинации бывалых переживаний» (И. М. Сеченов). И И. П. Павлов считает, что сознанием является результатом «сживания первых сигналов с их объективно, конкретно, а также эмоцией, когда только что начинающимся гипнотическим состоянием выключается прежде всего орган системы вторых сигналов, как реак-

тивнейшая часть головного мозга, всегда преимущественно работающая в бодром состоянии и регулирующая и вместе с тем тормозящая до известной степени как первые сигналы, так и эмоциональную деятельность»¹. Таким образом, поддержание виденного сновидения само по себе, конечно, обратного воздействия на процессы высшей нервной деятельности оказывать не может.

Однако после пробуждения и в случае снижения аналитической деятельности коры содержание виденного необычного и яркого сновидения, входя во временную связь со следами прежних раздражений, может стать источником самовнушения и таким путем получить определенную патогенетическую значимость.

Приводим несколько наблюдений.

1. Больной З., 37 лет, поступил с жалобами на непреодолимый страх смерти, навязчивую мысль сгинуть с ума и на головные боли. Считает себя больным в течение 1^{1/2} лет, с того дня, когда однажды ночью увидел очень яркое и поразившее его сновидение: к нему подошла одетая в белое женщина и торжественно произнесла: «Я смерть, я ухажу, но через 2 часа вернусь». Проснувшись, больной тотчас же разбудил жену и рассказав ей содержание сновидения. Жена взволнованно зажгла свет, посмотрела на часы и, ожидая пока пройдут эти 2 часа, погасила свет. Через 2 часа больной на 1—2 секунды потерял сознание, у него похолодели руки и ноги и он решил, что виденное им сновидение имеет роковой характер. С того дня ему стали сниться кошмарные сновидения. Но этому сновидению и тому, что оно действительно сбывается, «Решение? Если сновидение не сбывается, то через год сбывается обязательно». В тревожном, угнетенном состоянии больной ждал смерти через год. Это мешало его спокойствию как днем, так и ночью. Он считал себя обреченным, постоянно беспокоился. Обращался за советами к врачам поликлиники, наблюдался разрых разговоров о возможных «роковых заболеваниях», хотя никаких признаков болезни у него не находили. Стал крайне мнительным: чего до него ни говорили, ни слышал, так и верил, что через год умрет, уравнившись, как и все прочие. Ни одного из этих предсказаний не сбывалось. В течение года больной не мог заниматься никакими делами, не мог работать, не мог учиться.

Приведенные шесть случаев мнительных расстройств в результате страха, что полностью устраивают вехи годовический индикатор заболевания, ставшего к концу упорным в себе. Находится под наблюдением в течение года; рецидивов не было (наблюдение А. А. Сосадкиной).

В этом случае содержание сновидения также было под влиянием предположения о возможности будущих переживаний. Предположив, что виденное им сновидение — предвестие некоего события, больной пошел по ложному пути. В силу этого произошла дальнейшая динамика с развитием и усилением коры больного и в результате образовавшегося по механизму внушения и самовнушения. Диагноз — навязчивый невроз.

Таким образом, мы видим, что невротические заболевания могут возникать и на почве сновидений.

2. Больная Р., 63 лет, поступила в клинику неврозов в мае 1951 г. с жалобами на навязчивую мысль сгинуть с ума и на головные боли. Ставила себе задачу: «Я умираю, одетая в синее платье, которая на моем теле производит одну и ту же картину». «Я умираю, одетая в синее платье». Это сильно пугает женщину, у нее постоянно ощущение толпы и шума, затем чувство сжатия груди. Эти навязчивые мысли и ощущения усиливаются в высшей степени неприятны больной, они стали ее продуктивной работой,

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 392.

перестала справляться с домашним хозяйством, появились мысли о самоубийстве. Пытается отвлечь себя от этих мыслей, относиться к ним критически, тем не менее самостоятельно избавиться от них не может. Неудачное, кратковременное облегчение испытывает только после сна.

Считает себя больной в течение последних 4 лет, заболела связывается со сновидением, в котором видела женщину, одетую в синее платье, зававшую ей внушительным голосом. «Ты умрешь от разрыва сердца». Проснулась утром с резкими колющими болями в области сердца, страхом, тревогой и навязчивой картинкой только что виденного сновидения. В тяжелом состоянии была помещена в клинику неврозов, где находилась

в течение 10 дней. После лечения выписана в хорошем состоянии. Чувствовала себя удовлетворительно до марта 1951 г., хотя неуверенность оставалась и навязчивые мысли и представления о виденном ею сновидении бывали. В марте 1951 г. внезапно умер зять. В течение недели он казался ей живым. А затем с большой яркостью вновь всплыли те навязчивые мысли, которые беспокоили ее в 1948 г.

При анализе механизма образования сновидения удалось выявить следующее: 25 лет назад больная была у одной «знаменитой» гадалки, которая, посмотрев на карты, сказала ей внушительным голосом: «Ты умрешь от разрыва сердца! У тебя сердце, как паутинка: раз — и тебя нет!». В первый момент больная доказывала гадалке, что у нее сердце здоровое и нет оснований ей опасаться. На это последняя ей ответила очень веско: «Если сейчас здоровое, то будет больным, так как я никогда в своих пророчествах не ошибаюсь!».

Выйдя от гадалки, больная впервые почувствовала ощущение сжатия в области сердца, общую слабость и беспокойство. С трудом добралась домой и с того времени в течение месяца плохо спала ночью, постоянно думая о смерти. По ее словам, тогда же обратилась к врачу-психиатру, который путем сеансов психотерапии в легком дремотном состоянии облегчил ее страдания. Следует отметить, что больная считает себя чрезвычайно мнительной: «Но мне лишиет все, как к воску», — говорит она о себе. «Из-за этой роковой встречи с гадалкой я прожила, как в тумане, 25 лет!».

В первые дни пребывания в клинике у больной отмечалось отсутствие аппетита, сон расстроен, настроение резко подавленное. После проведенных шести сеансов внушения во внушенном сне появлялся аппетит, нормальный сон, стала значительно спокойнее, исчезала тревога и беспокойство. Навязчивые представления значительно реже и менее ярко выражены. К концу пребывания в клинике включилась в трудовые процессы, выписана с улучшением, в дальнейшем была под нашим наблюдением в течение полутора лет; рецидивов не было (наблюдение А. А. Соседкиной).

У данной больной имела место психическая травма, нанесенная гадалкой, зафиксировавшаяся в форме больного пункта, стойко сохранявшегося в течение 25 лет и устраненного лишь путем ряда сеансов психотерапии, проведенных во внушенном сне.

3. Больная Д., 41 года, обратилась с жалобами на плохое самочувствие, головные боли и на непреодолимый навязчивый страх «Как бы мать не повесилась!». Возникновение своего заболевания связывает со сновидением, в котором она видела свою мать повешенной; при этом уже во сне у больной возникла судорожная реакция. Содержание сновидения было спровоцировано брошенными однажды матерью в пыле раздражения словами: «Вот возьму я повеситься!».

Следует отметить, что в тот момент слова матери никакого впечатления на нее не произвели, поскольку в действительности у матери сущи дальнейших последствий не имелось. Однако спустя некоторое время у больной возникло указанное сновидение, содержание которого, как мы видим,

явилось продуктом фиксации слов матери (деятельность второй сигнальной системы) и конкретного зрительного образа, возникшего в сводении (первая сигнальная система). Это в свою очередь путем вторичной фиксации привело к развитию невроза навязчивости. Проведено два сеанса разъяснительной психотерапии в бодрствующем состоянии с обстоятельным разбором развития хода событий и разъяснением полной несостоятельности навязчивой идеи, что успокоило больную и освободило ее от навязчивости.

Итак, мы видим, что в основе явления вторичной переработки лежит возникновение и закрепление патологической временной связи между двумя очагами концентрированного (доминирующего в данных условиях) возбуждения. Один из них представляет собой продукт следовой реакции недавно происшедшего, свежего и притом достаточно мощного эмоционального возбуждения (т. е. с иррадиацией в подкорку), а другой — ассоциативно связанный с ним продукт следовой реакции прошлого вторично-сигнального опыта. Такая корковая временная связь как бы приобретает характер коварного внушения: так как при последнем пункт концентрированного возбуждения также лежит не только в сфере деятельности второй сигнальной системы, но распространяется и на первую сигнальную систему, т. е. образуется сложный очаг возбуждения.

ПУТИ АНАЛИЗА РАЗВИТИЯ НЕВРОЗА

(краткая схема)

Уже из клинического материала, приведенного в предшествующих главах, видно, что прежде, чем приступить к лечению неврозов, мы всегда предварительно проводим более или менее обстоятельную анамнестическую беседу. Мы всегда анамнезируем, хотя бы в самых общих чертах, с высшей нервной деятельностью больного. Собираение анамнеза и соматические обследования больного имеют целью определение природы заболевания (функциональное оно или же органическое) и детальное выяснение тех или иных факторов, которые могли бы способствовать возникновению и развитию заболевания. Иногда мы прибегаем к тому или иному приему психотерапии.

Иногда вначале не удается выяснить конкретные условия психогенеза, однако, как показала практика, это не является препятствием к применению психотерапии, хотя бы и симптоматической, значительно облегчающей состояние больного и проведение подробного анамнеза.

Нужно иметь в виду, что больной не всегда помнит о действительном факторе, травмировавшем его психику в прошлом. Если он иногда и помнит причины заболевания, то часто неверно их толкует. Однако следы забытых раздражений при известных условиях могут быть воспроизведены вновь путем последовательного опроса самого больного, его близких и других свидетелей развития болезни. Кроме того, мы в некоторых случаях пользуемся автобиографией больного с подробным письменным изложением всех обстоятельств, связанных с событиями его жизни, которые могли травмировать психику.

Определение категории больных следует объяснить predisposing условия и механизмы заболевания. В таких случаях больные легче вспоминают имевшую место в ближайшем или отдаленном прошлом патогенетическую ситуацию.

Подробный анализ конкретных причинных факторов и патофизиологических механизмов заболевания является необходимым условием для эффективности последующей психотерапии. Таким образом, расширенный и углубленный анамнез является наиболее существенной

частью врачебного психотерапевтического подхода к больному. Этим не только предопределяется содержание психотерапии, но устанавливаются положительные отношения, полное доверие к врачу, и необходимая в этих условиях откровенность больного в беседе с врачом.

Следует сказать, что большинство больных начинает свои жалобы с описания общих условий возникновения заболевания. Обычно больной излагает события не в последовательности их развития, а в виде общего бессвязного перечня различных обстоятельств. Чаще всего делаются попытки начать с изложения причин заболевания. Поэтому мы оказываем больному помощь, предлагая излагать ход событий последовательно, по календарному плану, по возможности указывая даты и ту роль, какую эти события играли в его жизни.

Опрос больного мы стараемся вести в следующих основных направлениях:

- 1) жалобы больного, его переживания, его самочувствие, иначе говоря, как бы мысля с «внутренней картиной болезни»;
- 2) время возникновения и длительность заболевания;
- 3) условия развития заболевания, в частности, характер травмировавших психику факторов, их конкретное содержание, отношение к ним больного;
- 4) проведенное ранее лечение и его результаты;
- 5) преморбидное состояние больного.

ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЗОВ

кроме прирожденной почвы, неизбежны случаи нестойкой, ломкой нервной системы, порожденные несчастными событиями в жизни: трагическими повержениями, инфекцией, интоксикацией и сильнейшими жизненными потрясениями.

П. П. Павлов

Переходим к рассмотрению наиболее характерных разновидностей невротических заболеваний, состав, являющих центральное ядро клиники неврозов. Ограничимся более или менее детальным разбором лишь некоторых из приводимых примеров, представляющих, как мы думаем, наибольший интерес, в частности, в отношении эффективности приведенной психотерапии.

НАВЯЗЧИВЫЙ НЕВРОЗ

Наиболее обширную группу невротических заболеваний составляет навязчивый невроз, выражающийся в виде различных навязчивых состояний, влечений или движений. Сюда входят навязчивые идеи (обсессии) и представления, непреодолимые движения, влечения или действия (поступки), психогенные тики, непреодолимые страхи (фобии) и пр.

Приступая к рассмотрению вопроса о психотерапии этого рода заболеваний, необходимо прежде всего отметить существующее ошибочное представление о том, что навязчивые мысли или представления, навязчивые страхи и пр. свидетельствуют о наличии психастении. В силу этого они якобы не поддаются излечению, а психотерапия здесь ничего дать не может. Позволяем себе, основываясь на наших наблюдениях, внести в этот вопрос некоторую ясность.

Прежде всего мы должны подчеркнуть, что указания на неизлечимость невроза навязчивости являются вполне справедливыми лишь в отношении «чистой» ипохондрии (Н. Н. Зотина)¹ или навязчивости при процессуальных психозах. В данном же случае речь идет о неврозах, т. е. функциональных нарушениях высшей нервной деятельности, причем тех из них, которые проявляются в виде тех или иных навязчивых состояний. В основе их,

¹ Цит. по Н. П. Татаренко (1951).

как известно, может лежать или больной пункт коры, или proprio за-
рванная патологическая динамическая структура.

Отметим, что развитие навязчивого невроза может быть обус-
ловлено повышенным положительным тонусом коры мозга и наличием време-
но сильной или же беспрестанно повторяющегося раздражения одних и
тех же корковых клеток, приводящего к развитию в них патологическо-
стойности раздражительного процесса. Это влечет за собой, как
И. П. Павлов, «чрезмерно, незаконно устойчивые представления, чуж-
ды затем действия, не отвечающие правильным, общеприродным и со-
циально-социальным отношениям человека». А отсюда и приводит
«к трудным, тяжелым, вредоносным столкновениям как с природой, так
с другими людьми, а прежде всего, конечно, с самим собой»¹.

Как известно, физиологические механизмы развития навязчиво-
го невроза были в свое время выявлены И. И. Филаретовой (лабора-
тория И. П. Павлова), а также М. К. Петровой (1946) (в экспериментах на
бакалах). Последняя отметила, что пока нервная система находится в ра-
вновесии, эти явления не обнаруживаются: они проявляются лишь под
влиянием тех или иных истощающих моментов, когда «резко ослабевает
лабильный, более слабый по сравнению с раздражительным тормоз-
ный процесс». С усилением же ослабленного тормозного процесса, с под-
становлением первого равновесия эти явления исчезают.

Отметим, что указанные выше модельные опыты на животных о по-
вышенности свидетельствуют, что психастения, о наличии которой у
животных речи быть не может, с собой не обязательно
развития навязчивости. Это тем более существенно также потому,
что И. П. Павлов, говоря о патологической инертности, лежащей в ос-
нове состояния навязчивости, отмечает, что «едва ли в этом отношении мо-
жно возражать против законности переноса заключения от животного к
человеку»².

Таким образом, навязчивые состояния могут развиваться у жи-
вотных с различными типами нервной системы (слабыми и сильными), если толь-
ко их нервная система ослаблена перенесенным заболеванием. Поэтому
при постановке диагноза всегда необходимо четко дифференцировать, име-
ется ли психастения как таковая или развивающийся процессуальный психоз
или же чисто реактивный навязчивый невроз, возникший в результате
пережитой психической травмы. Последними И. П. Павловым выде-
лен самостоятельное заболевание. У лиц мыслительного типа навязчиво-
вый невроз дает психастеническую симптоматику, в то время как у лиц худ-
ожественного типа обычно он отличается выразительной истерической сим-
птоматикой.

Навязчивые состояния могут иметь место при различных общих на-
рушениях, на что указывают В. М. Бехтерев, Ю. К. Волинский (1906),
С. Н. Давиденков (1948, 1952) и др.

Приводим примеры, освещающие картину навязчивого невроза в раз-
личных ее клинических проявлениях, так же как и результаты психоте-
рапии.

1. Больной С., 31 года, в 1931 г. обратился с жалобой на не пре-
одолимую боязнь глубины, возникшую у него 16 лет назад
после непривычной для него быстрой езды на автомобиле по Крымскому
высокогорному шоссе, во время которой он несколько часов находился
в состоянии «крайнего эмоционального напряжения», испытывая сильней-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей
нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 408—409.

² Там же, стр. 411.

страх, что машина «свалится с огромной высоты вниз». Этот страх глубины зафиксировался, стал стойким, приобрел инертный характер, сохранялся в течение многих лет и мешая ему в его работе. С этого времени не может спокойно подниматься по лестнице выше второго этажа, особенно если окна на лестничных площадках открыты, причем особенно боится вид лестничных пролетов, так как «какая то неодолимая сила тянет броситься вниз!». Вследствие этого «постоянно испытывает плохое настроение и самочувствие». В течение последних 2 лет все описанные явления несколько ухудшились, причину ухудшения установить не удалось.

Психотерапия в бодрствующем состоянии успеха не имела. Проведено семь сеансов психотерапии, причем первые два сеанса в дремотном состоянии, остальные — во внешнем сне. Таким путем все явления фобии глубины были полностью устранены. Оставался под наблюдением 2 года Катампеза положительный, рецидивов нет (наблюдение Н. М. Золонского).

В данном случае (как и во многих аналогичных) фобия глубины возникла и упрочилась в условиях перенапряжения тормозного процесса. Все это вполне отвечает данным С. К. Петровиц, согласно которым характер фобии глубины, развивавшейся у ее подопытных собак, имел свое основание в предшествовавших нервных травмах.

Как отмечает И. П. Павлов, в основе развития фобии глубины лежит то, что «можно назвать **истязанием тормозного процесса**»¹.

Невротические заболевания человека, обусловленные «трудной истерией», приводящей к возникновению патологической инертности тормозного процесса, встречаются в форме непреодолимых фобий другого рода — боязнь простуды, загрязнения (мизофобия), боязнь заразиться, сойти с ума и т. д.

2. Больная З., 42 лет, обратилась с жалобами на крайне угнетенное состояние и неодолимое влечение к самоубийству путем повешения, вследствие чего у нее возникла навязчивая боязнь крючков, веревок, полотенец и т. п. Борьба с этим влечением бывает столь сильной, что иногда заканчивается обморочным состоянием. За несколько дней до возникновения описанного влечения слышала во время своей работы рассказ одной сотрудницы о недавно повесившейся женщине, причем сотрудница была свидетельницей случившегося и все это весьма ярко передавала. Больная отнеслась к рассказанному спокойно, но дня через 3 пришла на рассвете в состояние «трепетной внутренней тревоги», не вполне ощутившись от сна, встала и, сделав один шаг, упала лежащее на стуле полотенце. Тотчас же у нее явилась мысль о том, чтобы «сделать петлю и повеситься!». Сильно испугалась, и с этого дня ее не покидала мысль повеситься.

Ввиду того что остро зафиксировавшаяся суицидальная идея, возникшая по механизму вторичной переработки, упорно продолжала держаться в течение нескольких дней, был поднят вопрос о помещении больной в психиатрическую клинику. Но больная и муж ее ответили решительным отказом. В связи с этим, предупредив мужа о необходимости домашнего надзора за больной, мы применили в амбулатории диспансера психотерапию во внешнем сне с последующим вынужденным сном-отдыхом. Больная оказалась хорошо гипнабельной, и после двух таких сеансов навязчивое суицидальное влечение было полностью устранено, сменившись обычным спокойным состоянием. Через 1½ месяца, сохраняя попрежнему спокойствие и уверенность в себе, больная демонстрировалась в

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности человека, Лекция 125, Мозг и поведение.

институте на республиканском совещании, психиатров (наблю. с. 21 А. А. Соседкиной).

3. Больная Д., 34 лет, обратилась с жалобой на навязчивую боязнь загрязнения (мизофобия); руки моет бесчисленное число раз в день, так как малейшее прикосновение к вещам тотчас же вызывает «ощущение загрязнения» и непреодолимое стремление вымыть руки. В ряду с этим, предъявляла жалобы на угнетенное состояние, апатию, потерю жизненных интересов и чрезмерную раздражительность, которая вызывает у нее не только обиды с ее близкими, для которых она «стала невыносима», но и с сослуживцами.

Боязнь загрязнения доходит до того, что приготовление пищи не переносит даже своей матери. Пищу варит обычно долго, вплоть до полного разваривания мяса. Перед тем как пользоваться уборной, совершает длительный санитарно-гигиенический ритуал: предварительно кто-то из ее близких должен вымыть не только унитаз, но и стены, пол, ручки двери и т. д. Уборной пользуется с мучительной для нее предосторожностью, тревогой, раздражением и потребностью мыть руки, чистить платье и т. д. Больная не может пить воду в каком-либо «грязном», по ее мнению, помещении (где сложено грязное белье, из крана, близко находится к уборной, и т. п.). Подготовка к еде также сопровождается длительным санитарно-гигиеническим ритуалом. Кроме того, у нее постоянно наблюдается частая рвота, возникающая независимо от приема пищи, например, от неприятных запахов, от вида загрязненных мест. Все это (боязнь прикосновений, загрязнения и заражения, навязчивое мытье рук, рвота, тяжелое подавленное состояние) сделало ее невыносимой для себя и для окружающих, причем за последние 4 года болезненное состояние резко обострилось, повидимому, вследствие ряда вновь перенесенных тяжелых переливаний. Хожdenие по улицам для нее является мучительным, так как она все время должна быть настороже, чтобы ее пальто не соприкоснулось с грязью, а человек, идущий рядом с ней, не упал на мусорный ящик и т. п.

Наследственность неотягощена, родилась здоровой, нервной себя не считала, была работоспособна, в семейной жизни счастлива в происхождении этих навязчивостей навязчивости не отдает себе отчета. Путем подробного расспроса удалось установить, что рвота у нее началась с 8-летнего возраста, с того момента, когда она, по ее словам, «увидела кусок мяса в тарелке борща», сваренного ее матерью. Ее стошнило и она упала в бессознательном состоянии.

До этого случая девочка была очень брезгливой к еде из-за нечистоплотности матери, что резко контрастировало с чистотой в доме ее подруги.

После случая с борщом у нее стала появляться тошнота и рвота по механизму временной связи, т. е. возник патологически условный рвотный рефлекс. Постепенно развившееся состояние навязчивого страха загрязнения резко истощало ее нервную систему и обуславливало тяжелое нервно-психическое состояние. Она безуспешно лечилась в поликлиниках, в неврологическом кабинете Украинского психоневрологического института, где ставился диагноз психастении. Однако это лечение оставалось безрезультатным. Наконец, с течением времени она потеряла всякую способность бороться «со своей навязчивой брезгливостью», что и заставило ее обратиться в психотерапевтическое отделение института.

Больной разъяснена связь ее заболевания с условными связями, как и механизм происхождения рвоты и других симптомов ее заболевания. Однако эти разъяснения ее не успокоили. Поэтому в следующие ее посещения было применено мотивированное вынуждение в дремотном состоянии

Первые два сеанса не дали заметных результатов, но после 3-го сеанса она почувствовала резкое ухудшение. После 11-го сеанса всех терапевтических мероприятий прекратили, она возвратилась к нормальной жизни и стала бодрой и веселой. В течение последующих 5 лет чувствовала себя совершенно здоровой. Через 5 лет после посещения демон-трировалась на конференциях врачей-диспансеров и в лечебно-терапевтических отделениях института. При этом заявила, что ее своеобразие и успехи в жизни являются лишь началом конференции, когда в ней были врачи с разных диспансеров на заседании. По полученным сведениям за 1-й год рецидивов не было.

У данной больной имел место навязчивый невроз, выражающийся в виде боязни заразиться малярией, что привело к навязчивым актам поедания. С помощью психотерапии и психического воздействия в дальнейшем установившееся состояние было полностью устранено. В данном случае были вскрыты конкретные причины и условия развития невроза, правильность чего подтверждалась успехом последующей терапии.

Интересно в том отношении, что оно освещает условия развития того патологического явления из серии навязчивых влечений, которое в психиатрии известно под названием клептомании (он) выражается в неукротимом влечении к похищению тех или иных предметов, причем без какого-либо стремления утаить похищенное. Как известно, для этой формы патологической навязчивости специфично стремление не столько к обладанию предметом, сколько к совершению самого акта похищения. Наши наблюдения и литературные данные свидетельствуют, что в этих случаях обычно имеет место несоответствие между ценностью похищаемого предмета и материальной обеспеченностью похитителя.

В прошлом этот вид навязчивости, как и все виды навязчивого невроза в психиатрии причислялся к «дегенеративным» явлениям с врожденным генезом. Предказание было неблагоприятным, лечебные меры отсутствовали. И сейчас в литературе в таких наблюдаемых нами случаях самосознания и стыдливости и осознанных лиц из-за безуспешности их борьбы с этой навязчивостью и чаще шараются от этических представлений. Проведением одних из них с целью подчеркнуть несостоятельность представлений прежних психиатров, воспитавших на ложных волюнтаристско-моралистских концепциях.

4. Больной А., 11 лет, доставлен в диспансер управляющим домом, услаивавшим куклы матрешки, когда его била мать: «За воровство не бой мочи! Я не хочу пороть, но тебе надо пороть!» Сестры установили, что это воровство было совершено похищением им вещи, которую он оставил в сарае. В беседе с ним был выяснен, что пороть он начал с 6-летнего возраста под влиянием уличных товарищей, с которыми постоянно общался, причем по их совету иногда под угрозами и обещаниями тайком брал инструменты своего отца (сначала делал это с тяжелым чувством, под влиянием страха быть изгнанным товарищами, потом утонул). В дальнейшем влечение приняло форму клептомании. Наряду с этим отмечалась склонность к школьным занятиям, делать глупости, скучное поведение. Педагогические воздействия безрезультатны.

После предварительной врачебной беседы с мальчиком проведено волевым воздействием во внутреннем сне. В результате этого (после переезда в новые условия, а в школе (по заявлению учителя) из него стало одним из лучших учеников (имитирует жесты и позы полководцев и т.д.) и в дальнейшем. В течение 3 лет наблюдений под наблюдением Катанов оставался положительным.

Все это несколько освещает также физиологически механизм вития «клетомании взрослых», как известно, в свое время считавшейся «дегенеративной», а потому и неизлечимой формой заболевания.

Среди других разновидностей навязчивого невроза следует отметить различные навязчивые движения (тики, судороги), когда в основе их возникновения лежит психическая травма. По учению И. П. Павлова такого рода случаи «стереотипизации скелетного движения» следует считать как «выражение патологической инертности раздражительного процесса в корковых клетках, связанных с движением»¹.

Для врача представляет большой интерес вопрос о возможности рецидива навязчивого невроза, в свое время устраненного с помощью внушения. Наблюдая в течение многих лет больных после излечения навязчивого невроза, мы отметили, что рецидив синдрома навязчивости может зависеть от определенных физиологических условий и никогда не является показателем неудачно проведенного лечения.

Так, нам пришлось убедиться, что рецидивы, появившиеся через несколько лет после излечения, находились в зависимости от возникновения физиологического состояния, связанного со снижением тонуса коры мозга. При этом следы ранее образовавшихся корковых и логических динамических структур положительно индуцировались. Это были соматические заболевания, инфекционные или пытоксикационные эндокринно-вегетативные перестройки (главным образом у женщин периоды беременности, лактационные, менструальные, климактерические), при которых кора мозга больных длительное время имела пониженный тонус. Такую же роль может играть всякая новая психическая травма.

1. Больной М., 54 лет, сангвиник, поступил в клинику невроза в октябре 1935 г. с жалобами на головные боли, чувство неустойчивости в себе, а главное, боязнь острых и режущих предметов. В темноте на ночь прячет все нож и иглы. Это связано с навязчивым влечением «заколоть или зарезать свою семью — жену, дочь и сыновей, а затем что-либо сделать и с собой». Часто, обнаруживая какой-либо острый предмет, старается повернуть его острием кверху, сложить раскрытый заточивший нож и т. д. Чтобы затормозить это навязчивое влечение, иногда наносит себе легкую травму острым предметом, чем от своего патологического влечения на некоторое время освобождается. Не может оставаться на ночь с семьей из опасения, что ночью он «их всех заколет». Вследствие этого живет в 40 км от семьи, посещая последнюю лишь по выходным дням, тщательно скрывая от членов семьи истинную причину этого образа жизни. Это навязчивое влечение продолжается в течение 17 лет, причем начало его относится к периоду гражданской войны (маховщина, петлюровщина), когда в течение целого года он жил в напряженнейшем страхе гибели семьи и себя самого от руки бандитов. Решил, что «лучше будет погибнуть не от их рук, а убить самому свою семью и покончить собой». Для этого приготовил заостренные ножи и яд. В таком тревожном эмоциональном напряжении находился в течение 1 1/2 лет, пока не установилась советская власть.

После лечения в клинике неврозов Украинского психоневрологического института в 1932 г. (физио- и психотерапия) наступило значительное улучшение, длившееся в течение 3 лет. Но в 1935 г. после сильной перегрузки в работе, приводившей к длительному нарушению нормального ночного отдыха и сна, указанное навязчивое влечение вновь проявилось. После проведенной гипносуггестивной терапии и флюидотерапии навязчи-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 443.

ные влечения совершенно исчезли и больной стал подвижным и общительным. В течение 6 лет чувствовал себя настолько хорошо, что мог спокойно жить с семьей. Но в 1941 г., после гибели сына, вновь возник рецидив. Больной вторично поступил в стационар, откуда выписался в хорошем состоянии и чувствовал себя хорошо. В 1945 г., когда узнал о смерти второго сына, вновь возникла попытка прежнего навязчивого плетения и больной третий раз поступил в то же отделение в январе 1947 г., откуда был выписан в хорошем состоянии, будучи уже 70-летним стариком. В 1952 г. подвергся психотерапии после некоторого нового проявления «болших острых предметов», возникшего после перенесенного гриппа. Ну, в общем, что рецидивы прежней навязчивости иногда были настолько сильны, что больной вновь под разными предлогами переселился куда-либо от семьи.

В конце концов, в 1953 г. после новых тяжелых переживаний (хроническая болезнь жены) прежняя навязчивость возобновилась снова, причем на этот раз уже стала устойчивой, не уступающей длительной терапии, как и всем другим видам плетения. Повидимому, сказалось возрастное, т. е. уже необратимое, снижение коркового тонуса.

Итак, в данном случае у больного, повидимому, относящегося к сплывшему варианту слабого общего типа нервной системы, вследствие длительного перенапряжения тормозного процесса возникло и прочно зафиксировалось навязчивое плетение. С помощью психотерапии и лечебных мероприятий, понижающих тонус коры мозга, длительная патологическая динамическая структура была устранена. Однако под влиянием новых сверхплатных для больного интригательных эмоциональных переживаний, а также гриппозного состояния, перегрузки и работе, связанной с недосыпанием и пр., возникли рецидивы этой навязчивости, устранявшиеся психотерапией. Наконец, на фоне возрастных иволюционных явлений возникли новые рецидивы той же навязчивости, ставшие уже необратимыми.

Приведем случаи рецидивов навязчивых мыслей, возникших в условиях климакса и подостро перестроившихся значимые эндокринно-вегетативной перестройки, приводящими к ожилению угасшего состояния панических приступов.

2. Больная Г., 52 лет, обратилась с жалобами на сифилофобию. Ряд лет она жила в крестьянской семье, где, как она узнала впоследствии, имелась большая сифилисом. Появилась и упрочилась навязчивая мысль о неизбежном заражении. Началась постоянная, но ничего не дававшая исследования у сифилидологов. В течение 10 лет прожила в тревоге и во власти мучительных сомнений в отношении заболела ли сифилисом. В течение последующих 16 лет этих сомнений не было и самочувствие было хорошим. Однако затем вновь проявились те же навязчивые мысли, что совпало с прекращением менструаций и началом климактерического периода. Таким образом, в основе возникшего рецидива лежал физиологический механизм возрастной вегетативно-эндокринной перестройки.

3. Больная З., 49 лет, обратилась с жалобами на навязчивые мысли о муже, которого она 20 лет назад полюбила. В течение этого времени мыслей о нем не было, однако на фоне начинавшегося климакса она почувствовала. Ндруг начала вспоминать свои ошибки в отношении мужа, возникло состояние «тихой грусти», а затем навязчивое желание суицида его. Под влиянием этой навязчивости стала пахать справки о муже, узнав, что муж когда-то жил в другом городе, ездил туда, привез много «розыскных» писем и т. д., сознавая при этом нелепость и неуживчивость всего этого.

Описанное навязчивое состояние, очевидно, представляет результат ожилении следов перенесенного в далеком прошлом, прошедшего под влиянием климактерической эндокринно-вегетативной перестройки, сопровождающегося у некоторых лиц снижением положительного тонуса.

коры мозга, а в силу этого нарушением уравновешенности основных кожных процессов.

Аналогичные явления нам приходилось наблюдать в климатическом периоде и у других больных. Вопрос об астенизации коры и во время беременности и климакса, предрасполагающей к развитию навязчивого невроза, подробно разбирается в одной из работ Н. П. Тренко (1951).

Здесь уместно рассмотреть толкование рецидивов навязчивого невроза, которое дает А. Левенфельд (1912). По его мнению, «лечение гипнозом представляет собой радикальное средство при этого рода заболеваниях, так как даже при благоприятном действии нельзя предотвратить возврат болезни». «Предотвратить повтораты может лишь один метод, который направлен против корней болезни, лежащих в подсознательном — это — метод Фрейда». Как мы видели, приведенные выше наблюдения как и все павловское учение о неврозах в целом, указывают на антинаправленность этой точки зрения Левенфельда, покоящейся на порочной основе учения Фрейда.

Наши наблюдения говорят о возможности устранения рецидивов предупреждения их соответствующими мероприятиями, поднимающими тонус коры головного мозга.

СЕКСУАЛЬНЫЙ НЕВРОЗ

Под сексуальным неврозом в широком его понимании мы подразумеваем разнообразные функциональные нарушения высшей нервной деятельности, связанные со сферой отношений, порождаемых половым инстинктом. Эти нарушения могут развиваться по различным физиологическим механизмам, по механизму навязчивости в случае неосуществления или же обманутой любви, с одной стороны, и по механизму кортико-висцеральной патологии в виде расстройства функции половой сферы, с другой.

Переходим к рассмотрению природы и патогенетических факторов развития непротивического заболевания, обусловленного наличием мощью возникшего неодолимого любовного влечения. По этому поводу И. П. Павлов говорил, что «... длинный ряд житейских ударов, как потеря дорогих лиц, обманутая любовь и другие обманы жизни», связанные с «истязанием чувства собственного достоинства», «вызывают у слабого человека сильнейшие реакции с разными ненормальными так называемыми психическими симптомами»¹.

У И. М. Сеченова мы также находим некоторые высказывания по этому вопросу. По его словам, такая непреодолимая страсть «ведет роковым образом ко всяким так называемым самопожертвованиям, т. е. может в чистоте идти наперекор всем естественным инстинктам, даже голосу самосохранения, причем «... этого рода явления в сущности суть рефлекс, только осложненные примесью страстных элементов» (галерея наша. — К. П.).

В случае неосуществимости влечения, нередко приобретающего характер неодолимой навязчивости, развивается заболевание в форме невроза (И. И. Платонов, 1925, 1926). В ее основе лежит механизм концентрации возбуждения определенного пункта или района болевой полушария, вызванного эротической эмоцией.

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1921, стр. 37.

Мы имеем в виду напряженное чувство, неотступное эротическое влечение, которое или отвергается, или же по каким-либо иным причинам не может быть реализовано.

Такая преобладающая и неодолимая эмоция, остающаяся неудовлетворенной, действительно, может привести к острому перенапряжению нервных процессов коры мозга и ближайшей подкорки и вызвать срыв высшей нервной деятельности, проявляющийся в форме острой реактивной депрессии, иногда приводящей к катастрофической развязке.

Следует подчеркнуть, что при такого рода «эrogenном» неврозе больной нередко остается без всякой лечебной помощи, ибо не только сам врач не выходит нужным опросить больного в этом направлении, но и больной считает это свое состояние «стойким вне возможностей врачебного вмешательства». Часто бывает и так, что больным в силу поспешной застенчивости не решается быть открытым с врачом в области столь интимных переживаний, к тому же связанных с огромной эмоциональной напряженностью, сила и значение которой легко могут недооцениваться врачом.

Такие переживания нередко служат источником тяжелого срыва высшей нервной деятельности, подчас доводящего до суицидального акта. Можно полагать, что в этих случаях речь идет о крайне зафиксированной сложной динамической структуре, крайне тяжело отражающейся на всем характере высшей нервной деятельности. Это выражается в чувстве тоски, внутреннего разлада, апатии, острой ревности, сопровождаемых различными чрезвычайно мучительно переживаемыми компонентами со стороны вегетативной нервной системы, и может вести к затормаживанию деятельности важных отделов коры мозга, представляющих, как говорит И. П. Павлов, «... коренные интересы всего организма, его целостности, его судьбы».

При наличии таких остро и напряженно развившихся неэротических депрессивных состояний ни фармакотерапия, ни гидротерапия не дают эффекта. Психотерапия, проведенная в бодрствующем или в дремлющем состоянии, или во внешнем сне, в большинстве случаев в весьма короткий срок дает положительный и радикальный эффект. Последнее обстоятельство явно противоречит утверждению известного швейцарского психиатра и гипнолога А. Фореля (1910), говорящего о том, что «напрасно было бы внушать влюбленной девушке неприязнь и антипатию к ее возлюбленному, так как чувство половой любви гораздо могущественнее, чем влияние постороннего внушения». Форель, видимо, не имел в виду того обстоятельства, что в этих случаях успех лечения обеспечивается желанием самого пациента избавиться от своего чувства.

Яркой иллюстрацией эффективности психотерапии могут служить наши наблюдения, касающиеся 52 человек (12 мужчин и 40 женщин), страдавших «эrogenным» депрессивным неврозом, причем у 30 человек успех лечения был исключительным — полностью ликвидировалось не только патологическое состояние, но и самое чувство. У 5 человек успех был частичный (облегчение) и лишь у 10 эффекта не было. Причина заключалась в том, что у трех из них не было желания лечиться, семеро остальных не поддавались гипнозу, психотерапия же, проводимая в бодрствующем состоянии, успеха не имела.

Наиболее частыми причинами эrogenного депрессивного невроза у наших больных были: неудачная первая любовь — или без взаимности, или с теми или иными препятствиями к браку; уход любимого человека (мужа или жены), моральная неполноценность объекта влечения; сознание непримлемости чувства из-за большой возрастной разницы, из-за душевной болезни и т. п.; второе замужество, причем оставалась любовь к

эрозивную язву, стремление избавиться от этого чувства; догмы, принципы и силу несходства характеров, но при наличии у обоих предрасположенности к этому чувству, и пр.

Подсочует врачом этих этиологических факторов неизбежно ведет ложному пути. Так, один наш 45-летний больной, страдая эрозивным психическим неврозом, безрезультатно лечился в поликлинике в течение 6 месяцев как страдающий артериосклерозом. После выяснения истинной природы заболевания и гипносуггестивной терапии больной выздоровел. Эффект такой терапии обычно стойкий и радикальный.

1. Больная М., 28 лет, за полгода до обращения в диспансер психиатрии была покинута мужем, к которому продолжает питать сильное чувство. Вследствие этого находится в угнетенном состоянии, страдает психическими и слуховыми галлюцинационными явлениями (обоняние голоса мужа), продолжающимися в течение 6 месяцев. Совершенно излечена от этого состояния пятью сеансами психотерапии, в которых использовалась безразличная к мужу и выздоровление. Положительный катамнез 22 года (наблюдение А. Е. Бреслава).

2. Больная Н., 21 года обратилась с жалобами на угнетенное состояние, тоскливость, чрезмерную раздражительность, отсутствие интереса к жизни, мысли о самоубийстве, плохой сон, бессонные ночи, полное отсутствие аппетита, резкое похудание. Больная несколько месяцев, в течение которых — чувство влюбленности в человека, чрезвычайно аморального человека по всем отношениям к себе, что вызывает «мучительные переживания». Самостоятельная борьба с чувством и помощь в этом направлении окружающих безрезультатны.

Разъяснительная психотерапия положительного эффекта не дала. В течение пяти сеансов мотивированного словесного внушения во внушаемом снижено чувство влюбленности постепенно исчезло, причем восстановился сон, аппетит и прежнее хорошее настроение, а через две недели после начала лечения больная почувствовала себя «полностью освобожденной от своего кошмара». Положительный катамнез 2 года, здорова, бодр, жизнерадостна, успешно окончила художественное училище, об «объекте тяжелой любви» никогда не вспоминает. Таким образом, с помощью психотерапии была устранена основная причина этого сложного реактивного страдания. Впоследствии полюбила другого человека и вышла за него замуж.

3. Больной Х., 32 лет, обратился с жалобами на бессонницу, утрату интереса к жизни, резко упавшую трудоспособность, потерю аппетита, похудание. Связывает это состояние с «охватившим его чувством страстной любви к одной из сотрудниц по службе. Бесплодная борьба с этим чувством, по его словам, «терзает» его в течение последнего месяца, причем его страдания чрезвычайно мучительны».

Пришел с просьбой «помочь ему избавиться от этого чувства и вновь стать трудоспособным». «Она с первой встречи завоевала меня, — говорит он с волнением, — первое время отнеслась ко мне доброжелательно, будто оказывал мне внимание и предпочтение, и я был в плену чувства к ней. И ни минуты не мог быть без нее... я жил и живу для нее и дрожу, когда ее вижу... Вскоре я заметил, что она начала встречаться с другими. Появилась ревность... начал терять самообладание... это плохо отразилось на ходе всей моей работы... Причем, когда я видел ее с другими оживленной, у меня начиналось сердцебиение, краснело и горело лицо, кружилась голова, так что сослуживцы часто принимали меня за пьяного... Все сложившееся со мной пришло в трепетное состояние. Но она надо мной издевалась, кокетничая с другими. Узнав о ее новом романе, я совсем потерял голову. Сослуживцы уговаривали меня перестать думать о ней

рушения корковой динамики. Отсюда ясно, что всякого рода местные средства (прижигания, булжирования, массаж предстательной железы, гальванотерапия) помочь не могли, ведь, наоборот, и еще больший фиброз возникшем в коре мозга патологической динамической структуры.

И только в самые последние годы стало, наконец, общепризнанным, что больными этой категории должны заниматься психотерапевты.

Сужно сказать, что В. М. Бехтерев, опираясь на данные своих наблюдений, еще в 1922 г. говорил о том, что «темные вопросы сексуальной патологии будут для нас значительно яснее... с применением к ним рефлексологического метода исследования или метода развития сочетательных рефлексов». В. М. Бехтерев пришел к заключению, что такие половые расстройства, как преждевременная эякуляция, импотенция, так и всякого рода сексуальные извращения (фетишизм, мазохизм, садизм, гомосексуализм, инфантилизм и др.), развиваются по механизму сочетательных (условных) рефлексов. Он считал эти расстройства психогенными и потому подлежащими психотерапии, которую следует применять как в бодрствующем состоянии, так и во сне. По его мнению, необходимо предварительно выяснить все то, что относится к причине возникновения заболевания, а также те внешние условия, какие, по мнению самого больного, могли быть поставлены в связь с началом заболевания.

Наши наблюдения подтверждают высказанное В. М. Бехтеревым, ибо чаще всего, действительно, приходится иметь дело с внешними раздражителями, как положительными (возбуждающими сексуальное чувство), так и отрицательными (тормозящими, подавляющими влечение и приводящими к импотенции). Импульсы могут идти со стороны первой сигнальной системы (разнообразные первосигнальные раздражители, исходящие от лица противоположного пола), второй сигнальной системы (соответствующие слова, мысли, представления), причем в каждом отдельном случае может преобладать то одна, то другая сигнальная система.

Не стремясь к широкому освещению сложной проблемы сексуального невроза в условиях его развития, ограничимся приведением некоторых типичных примеров, частично иллюстрирующих сказанное.

1. Больной А., 29 лет, со здоровой наследственностью, обратился с жалобами на невозможность совершить половой акт вследствие быстрого эякуляции, которая наступала уже при одном прикосновении. Его первая попытка иметь союз в 20-летнем возрасте закончилась неудачей и с тех пор в течение 9 лет все попытки в этом направлении были безрезультатными. Несмотря на наличие эрекции. Вследствие этого укрепилась мысль о половой неспособности, развилось тяжелое угнетенное состояние, отказался от мысли о женитьбе.

Проведено четыре сеанса психотерапии в дремотном состоянии вслепую. Уверенности в возможности нормального полового акта к концу отношения. Эффект получился положительный. Больной женился, началась нормальная половая жизнь.

2. Больной 30 лет, обратился с жалобами на полную импотенцию, от которой лечился электризацией, ваннами и пр. Желат 2 года, а на какое-то девятилетие безуспешно. Безуспешно в течение 2 лет привели к тяжелому психическому состоянию и грозили разрушить семейные отношения, которые во всем остальном не оставляли желать лучшего. Психотерапия безрезультатна. Заболевание вызвано волнением, связанным с мыслью о возможной неудаче во время первого обличения с женой. Неудачная попытка к половому акту закрепила навязчивую мысль о своей неспособности. В дальнейшем каждая попытка совершить акт приводила к неизбежной неудаче. Обратился к нам за несколько дней до окончания безрезультатного курортного лечения в Кисловодске.

Проведено шесть сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, причем внушение производилось с мотивированной ссылкой на физическое здоровье, на необоснованность страха и волнений, на полную уверенность в возможности совершения акта и т. п. Эффект получился положительный, семейная жизнь наладилась.

3. Больной 30 лет, месяц назад женился, жене 18 лет. Обратился с жалобой на то, что к началу полового акта у него возникает непреодолимый страх перед возможной неудачей, и эрекция тотчас же спадает. Отсутствие уверенности в успехе «пропидизму», может быть обусловлено большой «азимцией в возрасте». Первая неудача усилила тревогу и обусловила неудачи в дальнейшем.

Проведено два сеанса словесного внушения по Бехтереву (в бодрствующем состоянии с закрытыми глазами). Через неделю было получено открытое письмо: «Я прекратил лечение потому что у меня уже все в полном порядке. Очевидно, ваше внушение даже в бодрствующем состоянии достаточно сильно повлияло на меня».

4. Больной 24 лет, обратился с жалобами на импотенцию. В возрасте 13 лет, упав с лошади, получил ушиб тестисов, пролежал несколько дней в постели. По словам больного, его бабушка плакала в все время говора о том, что «буду неспособен к половой жизни». В 18-летнем возрасте половой акт со случайной женщиной был внезапно прерван сильным стуком, раздавшимся в соседней комнате. Вследствие испуга, эрекция прекратилась и в дальнейшем не могла быть вызвана. Зародилась мысль о половой неполноценности: «всплыли в памяти слова бабушки». Следующая попытка к акту сопровождалась тревогой и акта совершить не смог. Возникла мысль: «Значит бабушка права, я действительно!» С тех пор в течение 6 лет эрекция отсутствовала при сохранении либидо. Лечился у специалистов. Массаж предстательной железы, буккировка, электризация улучшений не дали.

Проведено три сеанса разъяснительной, успокаивающей и обнадеживающей психотерапии в бодрствующем состоянии. Через неделю сообщил, что нормальная половая функция восстановилась.

5. Больной 29 лет, жаловался на полную импотенцию с 24 летнего возраста. Мастурбация — с 8 до 18 лет, особенно сильная с 12 лет. В 19 лет женился, половая жизнь нормальна. Жена, узнав от него о его мастурбации в прошлом, заявила ему, что он «скоро станет импотентом!» Сказанное произвело на него сильное впечатление, ночью ему снилось, будто жена упала от него. Несколько дней был под «этим впечатлением». Вскоре наступило ослабление эрекции, а затем она прекратилась. С тех пор отмечается полная импотенция и в эректном состоянии.

Четыре разъяснительные и успокаивающие беседы, проведенные в бодрствующем состоянии, не имели успеха. При 5-м посещении была вызвана глубокая дремота. После последующих четырех сеансов психотерапии во внушенном мне нормальная половая функция восстановилась.

6. Больной 18 лет, избегает качания на качелях, так как этот процесс вызывает у него сильное половое возбуждение, иногда до оргазма и эякуляции. Кроме того, уже один вид качающихся на качелях вызывает у него сексуальное возбуждение. В 10-летнем возрасте испытал эти ощущения, качаясь на качелях. Первое время он не лился себе этого удовольствия, но узнав, что это вредно, стал его избегать.

В течение последующих 2 лет условнорефлекторная половая реакция, обуславливаемая одним видом качающихся на качелях, вновь стала возникать. Двумя сеансами словесного внушения в дремотном состоянии она была устранена.

Вообще всякое раздражение, говорил по этому поводу В. М. Бехтерев, вступает в более или менее прочную связь с половым возбуждением. В конце концов, становится привычным возбудителем для половых инстинктов.

ПОСТКОНТУЗИОННЫЕ НЕВРОЗЫ

Как известно, постконтузионные, посткоммоционные неврозы отличаются длительностью течения (продолжаются годами) и упорно не поддаются самым разнообразным способам лечения. Поэтому невротики такого рода обычно расцениваются как «бегляцы в болезни».

Результаты проводимой психотерапии этих неврозов в ряде случаев представляются нам имеющими определенный теоретический интерес и практическое значение. Во всех наблюдаемых нами случаях обращает на себя внимание быстрота и стойкая эффективность психотерапии.

1. Большой С., 40 лет, в октябре 1929 г. поступил в стационар психоневрологического диспансера с жалобами на подавленное настроение, дрожание всего тела, возникающие после волнений судорожные припадки с потерей сознания, навязчивые мысли плохонравического характера, плохой сон. При засыпании внезапно всплывают мысли о пережитых потрясениях, весь надрагивает, причем еще хватает воздуха, весь покрывается потом, после этого долго не может заснуть. Частая смена настроений: один день чувствует себя хорошо, спокоен, уравновешен, бодр на другой день — охвачен тревогой как бы ожидая каких-то предстоящих неприятностей. Ночью частые кошмарные сновидения.

Анамнез: болен 10 лет, с 1918 г., когда был забит белыми (в Одессе), до этого времени был здоров. Затем был дважды приговорен к расстрелу петлюровцами, но бежал от расстрела. В 1920 г., будучи машинистом бронепоезда, был контужен: снаряд попал в паровоз, и больной был выброшен под откос. Был ли ушиб головы, не знает, но в течение суток не приходил в сознание. Два месяца пролежал в военном госпитале, причем, судя по словам больного, была картина травматического невроза, выражающаяся в повышенной раздражительности, плаксивости, слухового галлюцинации на оба уха, державшейся в течение 7 месяцев. Выписался в удовлетворительном состоянии, хотя вполне здоровым себя считал не мог. Оставалась какая-то «внутренняя нервозность», не было прежней «свечи в свои силы», стал вспыльчивым. Тем не менее продолжал работать на прежней должности машиниста.

В 1923 г. пережил крушение скорого поезда, который он сам вел. Паровоз пошел под откос, больной был контужен, у него было выбито несколько зубов, потерял сознание. Пролёжал 2 месяца в Одесском санатории, в течение 3 месяцев был мутизм, объявлялся никами и при помощи лангсона. После восстановления речи долгое время продолжалась лангсания, стал крайне раздражительным, «испортился характер». С течением времени появлялись «командные» припадки, сначала возникавшие 3—4 раза в день, а впоследствии реже.

В дальнейшем в течение 3 лет (1923—1926) был инвалидом, лечился в санаториях Кисловодска, Одессы, в Клеве.

Улучшения было, но нестойкое, причем припадки прекращались не больше как на месяц. Настроение все время оставалось подавленным, продолжалась бессонница, тревожные сновидения. В конце 1926 г. решил приступить к работе, однако работал с большим трудом, причем такое состояние держалось до 1929 г., колебался в своей интенсивности. В июне 1929 г. на амбулаторном приеме после волнения произошел судорожный припадок с потерей сознания. Направлен в Харьков в стационар

Поэтому, у данного больного была длительная патологическая инертность той мозговой Prozesse с фазовым состоянием коры мозга вследствие перенесенной «меланхолии» (физической и психической) травмы.

Можно думать, что если бы психотерапия была применена своевременно, то больной мог бы вернуться к своей работе намного раньше.

2. Больной К., 30 лет, инвалид В 1920 г. во время гражданской войны перенес воздушную контузию, сопровождавшуюся потерей сознания на несколько часов, в результате чего развилось неврастеническое состояние с повышенной раздражительностью. К началу 1921 г. состояние здоровья улучшилось. Весной 1921 г. участвовал в бою с бандатами, был ранен в голову и правое плечо и был убит. Развилось тяжелое истероидное состояние с чрезмерной раздражительностью и крайней гиперчувствительностью: малейший шум, внезапный звук или стук вызывает вздрагивание всего тела. С течением времени образовалась стойкая реакция на них в виде судорожных «командных» припадков с потерей сознания. Пребывание в больницах и санаториях для него было невыносимым.

В марте 1921 г. направлен в Пятигорск, причем был помещен в отдельную комнату, изолированную от шумов и затемненную шторами. К августу наступило значительное улучшение, больной стал уравновешеннее, общительнее, выносливее в отношении сильных звуковых и световых раздражителей. Онступил на должность наладчика рабочего. В сентябре того же года взрыв котла на соседнем заводе вызвал испуг в результате которого у больного вновь развился тот же синдром с повышенной раздражительностью и «командными» припадками. Вернулась прежняя обостренная чувствительность к звуковым раздражителям. Амбулаторное лечение и 2-месячное пребывание в Славянске в 1922 г. существенной пользы не принесли и дали лишь некоторое кратковременное улучшение. Такое состояние продолжалось до лета 1923 г., когда он был вновь направлен на курорт в Славянск. Во время месячного пребывания в санатории имела место чрезмерно повышенная раздражительность, доходившая до агрессивной аффективности, конфликты с больными и медицинским персоналом, «командные» припадки. Поднят вопрос о выписке, так как «не поддается лечению и др. планам».

Мы предложили задержать его на 2 недели для гипносуггестивной терапии. Оказался хорошо гипнабильным. Дав 2-часовой вынужденный отдых, внушена уверенность в излечении, в забвении всего пережитого на фронте, эмоциональная уравновешенность, спокойное отношение к звуковым раздражениям, спокойный ночной сон и т. п. Достаточно было четырех сеансов гипносуггестивной терапии, чтобы больной стал совершенно неузнаваемым. Восстановился спокойный ночной сон, исчезла раздражительность, спокойно реагировал на напоминания о фронте и парье, на внезапные звуки. Почувствовал себя бодрым и крепким, «как никогда за всю болезнь». Не было ни одного судорожного «командного» припадка, уехал из Славянска на 5 дней раньше намеченного срока, стремился к работе. В 1924 и 1926 гг. сообщал, что он здоров, совершенно избавился от невроза (рис. 83).

В данном примере травматического истерического синдрома особенно подчеркивается эффективность гипносуггестивной терапии: в 4-дневный срок было достигнуто то, что в условиях курортного лечения (в Пятигорске) произошло в более слабой степени в 5-месячный срок.

Больной Г., 28 лет, воевал в июне 1919 г. воинский поезд, был контужен снарядом и ранен в темпную область головы. Находился без сознания 8 часов, пролежал 1½ месяца в больнице, при выписке из больницы комиссия признала его «негодным к паровозной службе». Жалобы на упорные

головные боли, головокружения, дрожание рук и ног, слабость, очень плохой и тревожный сон (2-3 часа в ночь). До декабря 1919 г., когда явился на повторное обследование, находился все время дома, лечился в поликлинике, после чего наступило некоторое улучшение. Комиссией направлен на консультацию для определения пригодности к работе на транспорте вообще. У больного общее астеническое состояние, дрожание рук и ног, жалобы на раздражительность, наклонность к слезам, головные боли, тревожный сон, тяжелые сновидения с картинами боя.

Диагноз: постконтузионный невроз. Больной оказался хорошо типизированным. Проведено восемь сеансов внушения во внешнем и внутреннем сне. Вну-



Рис. 83. Схема развития травматического невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.

а — поздущая контузия; б — ранняя контузия; * — сеансы гипноза, стрелки обозначают сеансы гипноза.

шалось забвение пережитого в 1919 г. — хороший спокойный ночной сон. Во время 3-го сеанса наступил глубокий внушенный сон, после чего последовало резкое улучшение. После 8-го сеанса больной заявил, что «почувствовал себя совсем здоровым». После лечения возобновил работу на паровозе и работал на нем в течение 14 лет.

Все приведенные выше наблюдения относятся к категории смешанного травматизма — физического и психического. Во всех случаях резко выражено невротическое состояние, которое могло быть устранено только психотерапией с последующим внушенным сном-отдыхом. Чем обусловлены эти состояния? Психогенны ли они? Если принять за критерий эффект психотерапии во внушенном сне, то психогенез этих состояний, часто неизбежный при физическом травматизме, явно виден.

В настоящее время, при достаточном знакомстве с механизмами образования невротических состояний, возникающих соматогенным путем, результаты психотерапии постконтузионных и посткоммюционных невротических состояний получают свое научное объяснение. Особенно важными в этом вопросе являются исследования А. Г. Иванова-Смоленского с сотрудниками, осветившие патофизиологические механизмы посттравматических невротических состояний. Эти исследования свидетельствуют о непосредственном (после физических и чрезвычайных психических травм) развитии запредельного охранительного торможения, охватывающего не только всю кору мозга, но и подкорковую область (бессознательное состояние, сопровождающееся угнетением вегетативных функций).

Таким образом, имеются все основания говорить о корковой, динамической природе посттравматических невротических состояний с лежащей в их основе патологической инертностью неглубокого защитного торможения.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ НЕВРОЗЫ

Профессиональные неврозы, т. е. функциональные расстройства высшей нервной деятельности, связанные с характером профессии, нами встречались преимущественно среди представителей искусства. Чаще всего

приходится иметь дело с артистами и музыкантами, деятельность которых связана с ответственными публичными выступлениями. Следует отметить, что поворотические заболевания этого рода встречаются не только у профессионалов со специальным образованием, но также у учащихся (музыкальных техникумов, консерваторий) (симптомы невротического состояния сильнее всего проявляются при публичных, концертных или спонических выступлениях, малая правильности и четкости исполнения). У некоторых людей невротическое состояние принимает такой характер, что они скандываются вынужденными или сознательно воздерживаются от публичных выступлений, или же вообще отказываются от своей профессии. К сожалению, многим из них неизвестно, что их невротическое состояние излечимо и что это может быть достигнуто путем психотерапии. Так, мы знаем, если бы В. М. Бахтеров случайно не узнал, что один крупный отечественный пианист и композитор с мировым именем страдал таким невротизмом и не избавил бы его от этого состояния, то этот пианист был бы вынужден оставить свою профессию еще в молодом возрасте.

Такие невротические заболевания (так называемые «краниопные невротозы») проявляются в различных формах: в виде боя или ответственных мест в оперной арии, волнения при выступлениях, ослабляющего звучность голоса у певца, выпадения из памяти отдельных реплик (слов и фраз) во время исполнения; при этом волнение мешает быстроте и уверенности движений пальцев рук музыканта (пианиста, скрипача) или вызывает судорожное сведение их, чего не наблюдается при игре или репетиции в других условиях.

Причины таких кризисов весьма разнообразны. Так, однократно случившаяся при выступлении неудача, без серьезного к тому толчка, может вызвать за собой не вторичного, а в последующих выступлениях. К такой неудаче может вести возникшее накануне выступления то или иное болезненное состояние. Этому может способствовать длительное невротическое состояние, связанное с чуждыми бытовыми, семейными или производственными беспорядками. Наконец, выступления пианистки или певицы во время беременности, менструации, во время климакса, обуславливающих у некоторых ослабление тонуса коры мозга, представляет благоприятную почву для образования невротической реакции, которую в дальнейшем прочно зафиксировать, и т. п.

Для иллюстрации и, надеюсь, неопровержимых наблюдений

1. Больная К., 28 лет, обратилась с жалобой на то, что, выступая в течение последних 3 лет в опере «Риголетто» в роли Дилльды, испытывает тушевание непреодолимой боязни передально имевшей поты в арии со свечением (во втором акте), причем за все последнее десятилетие она совершенно неизлечима. Перед этим актом она испытывает овладеть страхом может сорваться на истерический истек. Арию она исполняет «в состоянии большого напряжения», особенно усиленно потянув при приближении к «трудному месту», появляются судороги в сердце и отхвату «смазанности», т. е. маскирует свой дефект различными приемами. В последнее время начинает испытывать дощипание ладоней этой арии уже за несколько дней до выступления. До этого периода женщина ее уверена, спонтанно и аномально совершила, вплоть до терминального поты.

В первой же беседе выяснилось, что 3 года назад, в день, когда он тушево было поты арии Дилльды, у ее больной туберкулезом матери смертельное кровохарканье. Пришлось поты партно Дилльды во встрече-вздохом и извольном состоянии, причем арии была для нее особенно ответственной, и она к ней относилась строго и серьезно. В связи с ее необычным волнением и тревогой за состояние матери она особенно заострила внимание на терминальном поты и уже с начала исполнения этой арии у нее возникала тревога за хорошее исполнение высокой ноты. Нота была

взята, но не так, как обычно: она была уверена, что в этом ответствии было нечто архаичное «оскандалилось», что на нее произошло крайне отрицательное впечатление. Повидимому, она шла при сниженном тонусе коры мозга и с этого для нее появилась неуверенность в себе в отношении этой ноты, причем с каждым новым исполнением арии Джильды напряжение стало прогрессировать. Все это заставило ее совершенно отказаться от роли в опере «Туголетто», которая была, по общему призыванию, лучшей в ее репертуаре. Ее выступления в других операх непрерывно приходили ей все менее спокойно.

Пронесено четыре сеанса словесно-о-внушения в дремотном состоянии, давшие положительный результат: навязчивый страх разнотонности по условнорефлекторному механизму, был устранен и, как и обычно по следующему 8-летию наблюдению, больше не возвращался.

2 Больной Н., 30 лет, артист оперы, обратился в октябре 19... с жалобой на педервовое волнение. «Во время исполнения одной ответственной партии». Все остальные партии его репертуара всегда проходят хорошо, поет спокойно. Волнение возникло лишь в последнюю неделю, до этого указанная партия проводилась им при полном самообладании. Отмечает, что прежде перед спектаклем у него всегда бывало нормальное волнение, в то время как теперь перед выходом в сценическое действие это волнение резко усиливается, причем «возникает сердцебиение, треморное состояние, нарушается правильное равномерное дыхание, происходит прилив крови к голове и даже наблюдается небольшая головная боль». Петь начинает в нервном состоянии, с навязчивой мыслью, что «не дотянет партии до конца». И бывало, что срывался во втором и последнем акте, так как «шел не свободно, а с напряжением». После спектакля у него возникает чувство физической и моральной разбитости, причем, когда он, возвращаясь со спектакля, идет по улице, ему «кажется, что все на него смотрят», хотя никого вокруг нет. «Так приходи, к моему ужасу, уже два спектакля! гонимый болью. Уже боюсь и за следующие!».

Однажды больному пришлось петь эту партию, будучи педервовым, чтобы не сорвать спектакля (так как табуированный артист, девируя эту партию), причем дирекция предлагала ему петь спектакль, а он отказывался из-за своего плохого самочувствия, но его все же убеждали петь. После этого конфликта с дирекцией ушел домой в раздраженном состоянии, вследствие чего перед спектаклем ему не удалось спать, что его всегда обижало и подкрепляло. На спектакль пошел в том же раздраженном состоянии. Первый и второй акт прошли благополучно, но к началу третьего акта почувствовал упадок сил. Перед спектаклем заметил, что голос начал «садиться». В третьем акте голос срывался, что было заметно и публике. После спектакля ушел в подавленном состоянии. Ночь спал хорошо. Следующее выступление было через две недели. В день спектакля уже с утра начал волноваться. Спектакль прошел также неудачно: во время спектакля волновался, не было уверенности уже во втором акте, в третьем — даже была выброшена одна ария, в четвертом акте голос несколько раз срывался.

В дальнейшем уже одна мысль об этой партии стала его... настроением и дальнейшее, озабочен будущим: «Нужно ли так будет себя вести? Что же, бросить сцену? Для чего же учился?».

Назначена психотерапия. После первого сеанса внушения в дремотном состоянии ушел в хорошем настроении, успокоенный. Пошел прямо на репетицию, заявив: «Чувствую себя великолепно». Пел хорошо, свободно, легко, без какого-либо напряжения. Исчезли тревожные мысли об опере, в которой должен был участвовать на следующий день. После следующего двух сеансов внушения исчез весь педервовский синдром, причем и эта

партию, как и другие, исполнил успешно. За 3 года наблюдения рецидивов не было.

В данном случае имелся ряд предпосылок к срыву голоса: физическое недомогание, конфликт с дирекцией, вынужденное выступление, нарастающее чувство беспокойства перед началом трудного акта, транмировавшийся его психику срыв голоса. Та же травма повторялась и на следующем спектакле. Все это вело к разлитою впротического состояния. При четверке, проведенной при слабом гипноидном состоянии коры мозга, т. е. при том же снижении тонуса коры, при котором развивался невроз, его удалось полностью устранить.

3. Больной С., 32 лет, скрипач, последние 1½ года перестал выступать, так как по неизвестной для него причине при выходе на эстраду начал испытывать «неописуемое чувство страха и волнения», полной растерянности, замирание сердца «Игра какая-то автоматическая, с дрожью в руке, не могу смотреть на публику», — говорил он. Все его упорные попытки конфертировать кончались неудачей, и он вынужден был бросить эстраду. Из боязни быть привлеченным к публичным выступлениям в порядке «общественной нагрузки» тщательно скрывал от всех свое умение играть, причем, живя в глуши, играл лишь у себя дома, в кругу близких, тщательно закрывая окна и двери, «дабы звуки скрипки не доносились до посторонних ушей». Однажды он был приглашен на концерт в местный рудничный рабочий район, где ему необходимо было выступить. Но неудача с последними шестью концертами заставила отказаться и от этого выступления. Невропатолог полжизни предложил ему помочь внушением и гипнозом, на что он сначала не соглашался из-за боязни «ослабления воли», но после соответствующих увещаний дал свое согласие.

Первые два сеанса прошли без сна и дремоты, причем было сделано лишь мотивированное и императивное внушение при закрытых глазах, что внесло лишь общее успокоение. Но 3-й сеанс внушения прошел при ясно выраженной сонливости и дал резкое улучшение: появилось желание выступать на концерте, причем мысль о возможном выступлении уже не вызывала тревоги, волнения и обычных замираний сердца. Наказуе для выступления и перед самым концертом был спокоен и уверен в себе. Выступление прошло вполне благополучно: играл уверенно, спокойно, не смущаясь, с подъемом, захватив своей игрой слушателей. Стал вновь играть попрежнему и без страха выступать на эстраде (наблюдение И. В. Халфона).

Профессиональные неврозы встречаются также у спортсменов. В дни состязаний к ним предъявляются чрезвычайно высокие требования к основным свойствам нервных процессов — силе, уравновешенности и податливости. Профессиональные неврозы также могут быть устранены путем психотерапии, о чем говорят следующие примеры.

1. Спортсмен М., 20 лет, спортивный стаж 10 лет, основной вид спорта — бег на средние и дальние дистанции, разряд первый. Обратился к нам с жалобой на «падение интенсивности бега», возникающее вследствие «внезапно наступающей на второй половине дистанции (5000 м) сухости во рту и скованности во всем теле». Вследствие указанных явлений, нарастающих до большой степени, неоднократно был вынужден сходить с беговой дорожки.

Длительное время нам не удавалось выяснить причину указанного эффекта. И только опрос больного, проведенный в гипнотическом состоянии, показал, что подобный срыв впервые у него наступил после того, как он однажды, за день до очень ответственных соревнований, допустил серьезное нарушение в своем гигиеническом режиме. В течение всего дня он испытывал чувство сухости во рту, мешавшее ему правильно

дышать, и волновался по поводу предстоящего соревнования. Отдохнув, он как будто освободился от этого ощущения и принял участие в соревнованиях. Однако когда в разгаре бега им было развито значительное спортивное напряжение, у него «внутри» оживилось волновавшее его ощущение, появилась скованность движений и бесловесная его накануне сухость во рту». Вследствие этого дыхание его резко ухудшилось, и он впервые сошел с дорожки. В последующих соревнованиях он постоянно боялся повторения этого случая, вследствие чего не значительно снижался с дорожки.

Вскрытие этого комплекса в гипнотическом состоянии и устранение его путем соответствующего внушения избавило наблюдаемого И. от этого недостатка, и он снова добился в соревнованиях хороших показателей (наблюдение М. П. Бражнинской).

2. Спортсмен А., 25 лет, спортивный стаж 6 лет, разряд второй. Основной вид спорта — барьерный бег на 400 м и бег на 400 м.

Однажды в силу каких-то причин в барьерном беге на 400 м у него произошла неудача с преодолением барьера. На следующих соревнованиях и в дальнейшем по этому поводу он не попадал на барьер. С этих пор страх и неудача зафиксировались, он с тревогой ждал неудачи и она, действительно, наступала.

После четырех сеансов внушения, проведенных в гипнотическом состоянии, полностью исчезло чувство страха в барьерном беге, исчезла скованность движений и появилась уверенность при прохождении барьеров. Это сказалось в том, что в последующих соревнованиях он не только достиг прежних, но и повысил свои результаты в барьерном беге на 400 м (с 60 секунд до 59,3 секунд).

Попутно отметим, что весьма важной является возможность использования метода словесного внушения также в некоторых случаях спортивной перетренировки.

Приведем пример

Спортсмен С., 25 лет, занимается спортом 7 лет (бег на дистанции 50 и 30 км), имеет первый разряд. Входил в сборную легкоатлетическую команду Украины, которая готовилась к всевозможным соревнованиям по легкой атлетике. Приступил к нам с жалобами на нежелание участвовать в соревнованиях, вялость, апатию, бессонницу, отсутствие аппетита. Кроме субъективных, имелись и объективные признаки перетренировки.

После четырех сеансов внушения, проведенных в гипнотическом состоянии, сон нормализовался, появился аппетит, поднялось общее самочувствие, возросло желание тренироваться на всевозможных соревнованиях достиг, а впоследствии результатов (наблюдение М. Н. Бражнинской).

ПСИХОГЕННАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Вопрос интересным теоретически и важным практически является вопрос о применении психотерапии при тех формах эпилепсии, которые возникли вследствие психической травмы.

Как можно судить по имеющимся, пока немногочисленным данным, психотерапия, проводимая по внешнему слою, действительно, в этих случаях может оказывать помощь. Это может существовать вместе с тем также основное заболевание эпилепсии и ее лечения.

Об успешном применении гипноустрашения при некоторых типах диагностированных случаях так называемой генеральной эпилепсии говорят литературные данные. Из отечественных авторов этим вопросом занимались А. А. Токаревский (1890), Г. Р. Тер-Аветисов (1907), П. П. Подъяпольский (1913), Л. М. Тихомирова (1913), В. К. Хорашко (1927), А. Ф. Годиридзе (1929), а из зарубежных: Бред (1843), Веттерстранд

(1893), А. Молль (1900), Говаре (1910), А. Форель (1928). Применяя психотерапию, все они наблюдали более или менее длительное улучшение. При этом диагноз genuинной эпилепсии у больных, наблюдаемых, например, Г. Р. Тер-Аветисовым, был поставлен высокоавторитетными невропатологами (В. К. Рот, Г. Н. Россолимо).

О возможности излечения эпилепсии таким путем высказался Веттерстрадт, применявший в этом случае длительный гипноз отдых. Об этом говорил также А. А. Токарский (1890). Поскольку эпилепсия теперь рассматривается нами как реакция высших отделов центральной нервной системы на ряд самых разнообразных эндогенных и экзогенных факторов, в том числе и психогенных, то после устранения этих факторов возможно, конечно, устранение и эпилептиформной реакции на них. Таким образом, по исключению, что гипнозусуггестивная терапия может оказывать положительное воздействие на течение этого заболевания. Повидимому, аффектогенная эпилепсия Братца (Bratz) и реактивная эпилепсия Бонгоффера (Bonhofffer) являются наиболее показанными для психотерапии. Тем более что, как это подчеркивает В. К. Хорошко (1927), игнорирование влияния эмоционального фактора в развитии эпилептических судорожных припадков недопустимо. Как известно, большая их часть первично развивается именно аффектогенно (чаще всего под влиянием испуга), причем последующие эпилептические припадки обычно возникают уже без каких-либо видимых внешних доводов. Имеются указания на то, что в ряде случаев появление судорожных эпилептических припадков происходит по механизму условного рефлекса (В. М. Бехтерев, 1922а; К. И. Платонов и Н. П. Истомина, 1926; П. И. Красногорская, 1933; М. П. Никитин, 1934).

Необходимо учесть, что патосимптоматика, якобы типичная для судорожной «врожденной эпилепсии», в потому трудно поддающейся лечению, в ряде случаев ведет врачей на путь ошибочной диагностики и терапии. Имеются основания утверждать, что наличие в патогенезе эпилепсии аффекта (испуг в детстве) в ряде случаев ускользает из поля зрения врача, что и приводит к трактовке заболевания как «врожденное». Мы имеем положительные результаты гипнозусуггестивной терапии, проведенной нами совместно с П. П. Истоминым (1926) у больных, у которых имелись судорожные припадки с детства.

1. Снова коснемся наблюдения (см. стр. 147) над 30-летним больным, страдающим эпилепсией с 5-летнего возраста; типичные припадки большой эпилепсии развилась под влиянием испуга. Связь гипнозусуггестивной терапии проводилась амбулаторно, сначала через день, затем через 2—3 дня, один раз в неделю и, наконец, один раз в 2—3 недели, и так на протяжении 5 месяцев. Если до этого лечения припадки повторялись регулярно в первую и третью декады каждого месяца, то после двух месяцев гипнозусуггестивной терапии (при полном исключении бромидов, принимавшихся больным до того в больших дозах) припадков не было в течение последующих 6 месяцев. При этом первый припадок, возникший после 6-месячного перерыва, произошел под влиянием сильной эмоции (встреча с товарищем и рассказ о возникающих у него припадках), а второй — после психической травмы (смерть отца). Учитывая это обстоятельство, в следующей серии сеансов мы делали специальное внушение: «Никакие душевные волнения припадков не вызывают!» и т. д. В течение всего последующего года, несмотря на переживавшиеся больным волнения, припадков действительно не было и состояние больного оставалось хорошим, причем он был работоспособен, прибавил в весе.

2. Больная Н., 32 лет, обратилась в клинику по поводу припадков, сопровождающихся потерей сознания, судорогами, прикусыванием языка,

иногда недержанием мочи. После приступа наступают сон. Припадки начинались с 16-летнего возраста после испуга и возникают часто ночью, 2—3 раза в месяц. В неврологическом статусе угнетенный пет, со стороны психики — ослабление памяти, угнетенное настроение, беспричинно ревнует мужа, пельмечива. В течение последнего 6 месяцев до начала психотерапии припадки возникали 2 раза в месяц, причем почти всегда по одному припадку во 2-й и 3-й декаде месяца.

Применялась гипносуспективная терапия. С 1-го сеанса наступил глубокий сон. Выступало «душевное спокойствие, снисходительное отношение к окружающим, отсутствие ревности, хороший ночной сон, уверенность в выздоровлении». В течение следующего месяца припадков не было. В дальнейшем был один припадок ночью «после чрезмерной усталости» и еще один, через 1 1/2 месяца «после выпитого пива и злоупотребления в сексуальной сфере».

Лечение продолжалось 4 месяца, до одного сеанса в неделю. В течение 6 месяцев не было ни одного припадка, после чего больная переехала в другой город. Таким образом, за 9 месяцев было всего лишь два припадка.

3. Больная 32 лет поступила в клинику нервных болезней с жалобами на повторяющиеся 2—3 раза в месяц эпилептические припадки, которыми страдает с 13-летнего возраста. Клиническое наблюдение установило типичность припадка. Проводились сеансы внушения во внушенном сне на протяжении 3 месяцев (сначала 2—3 раза в неделю, затем один раз в неделю, а последние два месяца один раз в месяц). За все это время припадков не было. Согласно полученным сведениям, их не было и в течение последующих 5 месяцев.

Нам не раз приходилось отмечать, что в эпилептической ауре находит отражение содержание травмировавшего психику фактора. Так, например, у одной больной ауре перед типичным большим эпилептическим припадком выражалась в виде сильной давящей боли в груди. Выяснилось, что первый ее припадок был вызван изнасилованием, причем во время борьбы насильник давил ее в грудь локтем.

Такого рода явления в отношении ауры в свое время наблюдали П. И. Ковалевский (1896) и В. М. Бехтерев (1922). В работе П. И. Пидъявольского (1913) показано, что у больных эпилепсией можно вызывать постэпилептическую амнезию при помощи соответствующего внушения в гипнотическом сне. В этих условиях больные могли рассказать о своих переживаниях во время припадков. В этом же направлении были сделаны наблюдения Риклином (Riklin, 1903).

По нашим наблюдениям, психотерапия в бодрствующем состоянии, а особенно во внушенном сне, может быть полезной в борьбе больного с тяжелым сознанием своей «падучей болезнью» и с навязчивой тревогой ожидания припадка.

Все это приводит нас к убеждению, что существовавшее среди психиатров и невропатологов мнение о якобы недопустимости применения внушения и гипноза при эпилепсии является неправильным. На этот вопрос следует смотреть несколько иначе, чем до сих пор. Имеются все основания ожидать, что более смело предпринятые шаги в этом направлении могут открыть в области изучения эпилептических реакций и их лечения новые важные перспективы. Не следует упускать из виду, что изучение роли психической травмы в развитии эпилептических припадков может быть очень плодотворным в связи с переосмыслением проблемы эпилепсии с физиологической точки зрения, высказанной И. П. Павловым на одной из его сессий. Эпилепсия, — говорит И. П. Павлов, — заболевание, острозаточенное в определенном пункте больших полушарий. В его основе лежит некоторое патологическое состояние изолированного пункта коры

МАЛЫЕ НЕВРОЗЫ

Психотерапия, проводимая во внешнем сне, оказывается полезной и в случаях так называемых малых неврозов, к которым обычно относят разного рода моносимптомные пстеронные реакции (амавроз, мутизм, моноплегия, тики и т. п.), а также наиболее элементарные патологические типы четких стереотипы и педантичные реакции, не устраивающиеся никакими внешними мероприятиями. Сюда же относятся разного рода прерывистые навязчивости, дурные привычки, почвой к которым являются, например, боязнь мышей, грозы, крови (доходящая до обморочных состояний, а в особенности при виде крови близкого лица), привычное сосание пальца или губы, постоянное навязчивое высовывание языка (наблюдающееся не только у детей и подростков, но и у взрослых) навязчивый кашель, навязчивая функциональная якота, иногда трактуемая как эпилептиформная. Дежерин и Гольер (1912) причисляют к этой категории неврозов предельную боязнь скволяков и ощущение их, даже когда их нет.

Приведем некоторые наиболее ярко выраженные примеры малых неврозов.

1. Студент III курса медицинского института не выносит вида ран и крови при хирургических операциях. Это зрелище доводит его до полуобморочного состояния вследствие чего перед ним стоит вопрос об оставлении медицинского института.

Четыре сеанса внушения во внешнем сне совершенно избавили его от этих реакций. Больной выздоровел и закончил медицинский институт.

2. Больная Н., 52 лет, страдает с 5-летнего возраста навязчивым страхом темноты: боится темной комнаты, что в ее бытовых условиях составляет для нее большую помеху. Эта фобия образовалась и зафиксировалась на всю жизнь после того, как отец сделал попытку отучить ее от детского страха темной комнаты путем принуждения, заставляя ее приносить ему из темной комнаты папирасы. Этим самым был создан большой пункт и даже непреодолимого страха темной комнаты, закрепившийся на всю жизнь.

Проведено два сеанса психотерапии во внешнем сне, после чего фобия была устранена.

3. Больная К., 40 лет, страдает навязчивым движением высовывания языка, которое носит характер вылизывания. В остальных никаких патологических уклонов и ее поведении нет. Безрезультатность предпринятого медикаментозного лечения и упражнений, направленных на задерживание указанных навязчивых движений языка, привела к необходимости уйти с педагогической работы.

Применена психотерапия во внешнем сне. Оказалась хорошо гипнотизированной; два сеанса полностью устранили имеющуюся навязчивость, что дало ей возможность вновь вернуться к своей педагогической работе.

4. Девочка 8 лет, страдает с 4 лет навязчивым сосанием нижней губы. По наблюдениям родителей губа непропорционально увеличилась, а иногда отмечались и экскориации ее. Дед девочки страдал этой навязчивостью с детства до зрелого возраста, вследствие чего его нижняя губа была безобразно увеличена. Из боязни того же обезображивания и у дочери родители обратились в диспансер.

Проведен ряд сеансов внушения во внешнем сне, устранивших эту навязчивость. Через 2 года то же навязчивое состояние у нее вновь возникло после гриппа. Снова была применена психотерапия в виде сеансов внушения в дремоте, что устранило невротическое состояние сосания губы. В течение 4 лет наблюдения рецидивы отсутствовали и исчезли также все другие невротические явления. Хорошо успевает в общей и музыкальной школе (наблюдение М. И. Кашир).

3. Бельман Н., 20 лет, никогда не боялся грозы: во время грозы, по словам родителей (отец ее врач), танцевал и смеялся. Больная оказалась хорошо гипабильной. Проведен сеанс внушения «Визия грозы у нас больше нет, во время грозы остаюсь совершенно спокойной». После лечения патологическое явление было устранено. В последующем в течение 25 лет не было ни одного рецидива, о чем мы узнали со слов ее матери и ее самой. К малым неврозам могут быть отнесены также некоторые более стойкие функциональные нарушения. Приведем пример.

П. М., 52 лет, обратил я в психоневрологический диспансер с жалобой на то, что он с некоторого времени не может спокойно носить зубной протез (верхний челюсть). При анамнезе выяснилось, что однажды во время своего отъезда отсюда вклада больным почувствовал толчок, которую объяснял тем, что толкнулся зубным протезом. Ясно, однако, что он должен был значительно выразить свое неудовольствие. В дальнейшем для подталкивания приходилось, причем во время выступлений это приводило больного к тяжелым переживаниям, тем более что его работа была связана с частыми выступлениями выступлениями в районах области. Вскоре чувство толчка стало возникать не только при ношении зубного протеза, но и при его надевании. Более того, ко времени обращения больного в диспансер уже одно только приближение протеза ко рту вызывало у него толчок, резкую кристаллику всего кишечного тракта, сокращения мышц живота и резкие боли на ристу.

Лечение в виде нескольких сеансов мотивированных внушений по внушению еще не дало эффекта. После пробуждения больной не успевал поднять протез ко рту, как тотчас же повторялся описанный весьма бурная реакция. Тогда была применена следующая методика. Больному, погруженному в состояние внушения больного п. н. было предложено одеть зубной протез. Однако первые попытки, повторяемые несколько раз, не дали эффекта. И только к концу сеанса реакция, сопровождавшая надевание протеза, стала значительно слабее.

В следующий раз эти упражнения были вновь повторены, причем к концу 2-го сеанса больной уже на короткий срок одевал протез. Многократное повторение этих упражнений на протяжении четырех сеансов избавило больного полностью от прежних реакций. В последующих четырех сеансах полученный эффект был закреплен. В результате этого все описанные явления прошли больной совершенно свободно одевал и носил протез, вернулся к обычной своей работе. Положительный эффект был прослежен в течение 4 месяцев (наблюдение П. М. Железского).

К малым неврозам можно отнести и так называемые аллергии и идиосинкразии — невосприимчивость к различным alimentарным и медикаментозным веществам, вызывающим уртикарные реакции. Так, у одной из наблюдаемых прием вина вызывает квинксовский отек лица; другая неслезуемая не выносит клубники — после употребления ее поднимается зудящая уртикарная сыпь. У обеих под влиянием лишь одного сеанса внушения и дрэготном состояли установились нормальная восприимчивость к этим веществам. Однако нам пришлось наблюдать устранение путем внушения во внушении еще анафилактической крапивницы с мучительным зудом (К. И. Платонов, 1925).

А. П. Картамышев (1942) наблюдал больного 31 года, у которого под влиянием приема плазмы сначала через 4 часа, а затем через 2 часа после приема по всему телу появлялась зудящая крапивница, которую при каждом курсе лечения мажирин приходилось устранять инъекциями морфина. В дальнейшем были проведены сеансы внушения во внушении, причем уже одного такого сеанса оказалось достаточно для того, чтобы указанное осложнение было устранено. Таким же способом воз-

действием удавалось устраивать такие же реакции, возникавшие при мнении несомнительно. А. И. Картамышев, естественно, сделал что аллергические дерматозы не следует считать психологической болезнью, так как они могут вызываться различными факторами.

При этом некоторые из наблюдавшихся нами наиболее сложных эротических заболеваний, анализ которых может содействовать пониманию условий их развития, выяснению лежащих в их основе патологических механизмов, а также определению необходимых в таких случаях приемов терапевтического воздействия. В этих наблюдениях особенно отчетливо выступает положительное значение психотерапии, проявляющееся во внешнем виде.

ИЗВРОЗЫ, СЛОЖНЫЕ ПО КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ И МЕТОДИКЕ ПСИХОТЕРАПИИ

В каком мере психотерапия во внешнем виде может быть действенным средством, указывает следующий пример, редкий по своей частотной тяжести и сложности не только в этиологическом отношении, но и по клиническим проявлениям.

1. Больная С., 24 лет, обратилась к нам в июне 1924 г. с жалобами на послеполуденное зрелищно-подерганное состояние, повышенную раздражительность, резкое нехужанье, общую слабость, расстройство сна, маршевые сновидения (засыпает лишь под утро, «когда оживает горло»). На главным образом ее мучил ряд навязчивых страхов с мучительными приступами.

Из-за этих непреодолимых страхов и навязчивостей больная вела «суетливый образ жизни», стала «полным инвалидом», в то время до заболевания была ситовна и стенична. Проявляет стремление к выжиданию, раздражена полной безрезультатностью лечения.

Болезнь началась в 1918 г. после ряда тяжелых острых и длительных переживаний в период гражданской войны, предопределенных содержанием ее фобий, образовавшихся и зафиксировавшихся в виде коротких болезненных приступов или же в виде патологических временных связей.

Приводимое ниже описание этиологических моментов и условий развития сложного комплекса фобий, составленное со слов больной, и, переплетаясь гипованализом, раскрывает картину пережитой ею психической травмы. Начнем с более детального рассмотрения предъявления ее жалоб.

а) Боязнь самостоятельно ходить по улицам (особенно по широким пространствам). Пугают далекие расстояния, может отойти от дома самостоятельно лишь на близкое расстояние. При попытке же пойти куда-либо дальше ее охватывает непреодолимый ужас: темнеет в глазах, подплывает сердцебиение, возникает общее дрожание, охватываются и отнимаются ноги. Поэтому на далекие расстояния может ходить только в сопровождении мужа.

б) Боязнь толпы. Среди толпы ее охватывает непреодолимый ужас, вследствие чего, попадая в толпу, всеми силами вырывается из нее, преодолевая все препятствия. Не выходит на улицу, когда там почему-либо много людей. Выходя в город с мужем, избежит толпы. Из-за этого никогда не ходит в кино, в театр и на собрания. Боятся ездить в трамвае так как возникает «боязнь беспомощности выйти из вагона».

в) Боязнь замкнутых пространств с запертыми дверями. Больную охватывает сильная тревога, если узнает, что заперта дверь. Эта тревога переходит в непреодолимое чувство ужаса и в состоянии

ся к двери и стремится во что бы то ни стало ее отпереть. Где бы она ни находилась (например, у знакомых, у соседей), ее всегда тревожит вопрос о выходной двери. Даже если в комнате есть люди, она всегда поглощена мыслью о выходной двери и охвачена постоянным страхом: «Янперть дверь или нет?», «А вдруг дверь заперта!», «Как хищный зверь следит за добычей, так я за дверью», — гонорит больная. Если она знает, что дверь не заперта и в замке она видит ключ, у нее возникает навязчивая мысль: «А вдруг заперт!» или: «А вдруг застрянет ключ и не смогут открыть!» и она не сможет выйти из комнаты. Ее преследует и другой навязчивый вопрос: «Как спастись, как выйти на улицу?». И тотчас же инстинктивно направляется или на другую дверь (если она имеется) или на окно. Она всегда должна проверить, высоко ли окно от земли, можно ли выпрыгнуть без повреждений и бежать. Если это происходит зимой, то можно ли его открыть или разбить и т. п. Поэтому, придя в чужой дом, она ни на минуту не остается спокойной. Бывали случаи, когда больная не могла себя сдержать и с шумом отпирала запертую дверь, а иногда выламывала замок (если дверь долго не отпиралась). Выскочив, однако, на улицу, больная тотчас же успокаивалась. Вследствие этого приходится дверь в комнате всегда держать полоткрытой, предупреждать соседей по коридору в отношении обходной выходной двери, а дверь из коридора на лестницу не запирают, чтобы больная знала, что нет никаких препятствий к выходу. Наружная дверь ее квартиры запирается на специальную задвижку, которую можно легко и беспрятственно отодвинуть. Все наружные крючки и задвижки упразднены.

г) Боязнь сумерек, темноты, ночной тишины (особенно на улице и у себя в квартире). При наступлении темноты и ночной тишины больная овладевает тревогой, пачивается шум в голове, головокружение, озноб, суеживость. Вскликивает с постели (если это случается ночью), будит мужа, а если последний отсутствует, будит соседей по квартире. Засыпает лишь на рассвете.

д) Боязнь езды по железной дороге «В вагонах лапаты двери», «много людей», а кроме того, преследует навязчивая мысль: «А вдруг поезд остановится далеко от станции, где-нибудь в поле!» Находясь в вагоне, испытывает непреодолимое чувство крайнего беспокойства, приливы к голове («жатие головы»), учащенное сердцебиение и др.

е) Пугает невозможность быстро раздеться, в частности, быстро снять с себя надетую обувь, расшнуровать ботинки: совершая эту процедуру, всегда очень волнуется и во всю более охватывает мучительная поспешность и непреодолимое чувство страха.

Все описанное вынуждает больную нигде не бывать и уже в течение 5 лет не принимать участия в общественной жизни. Вследствие этого ее жизнь превратилась в тяжелое мучительное прозябанье, без пользы себе и другим и в тягость мужу, который «силой обстоятельств оказался прикованным к ней», так как только его присутствие вносит относительное успокоение. Все время находится в тревожном, угнетенном состоянии, раздражительна, часто плачет, нарушен сон, кошмарные сновидения. Все время проводит дома, занимаясь в ограниченных пределах домашним хозяйством. Все эти годы лечалась в поликлиниках и у многих врачей. Однако ни фармакотерапия, ни электролечение и водолечение не давали улучшения, а наоборот, состояние здоровья прогрессивно ухудшалось.

Будучи по натуре очень подвижной, она тяжело переживает сознание своей болонной беспомощности. Отсутствие надежды на выздоровление приводит ее в отчаяние. По словам ее мужа, в один из таких кризисов она пыталась покончить с собой.

Направлена на психотерапию. Принимала к нам в сотрудничестве мужа в тяжелом угнетенно-тревожном состоянии. В первой беседе с боты трудом нам удалось узнать многое из ее страданий, причем часть сведений была нами получена от мужа, так как больная настолько сильно боялась на определенные события своей жизни, что невозможно было на них детально останавливаться, да и сама больная просила не касаться этих воспоминаний. И только впоследствии, после ее выздоровления, после подробного анамнеза мы получили, наконец, возможность вскрыть механизм развития каждой отдельной ее фобии.

Анамнез. Дочь сельско-с/учителя, наследственная гипотония, развивалась физически хилой. До характера энергичная, общительная, стеснившаяся, при случае совершала очень смелые поступки. Наряду с этим, с детства была пуглива (результат запугивания в детстве родителями, лишения, сумасшедшими), но по мере развития эта пугливость ослабевала.

Рассмотрим эпизоды, которые обусловили развитие невротических симптомов.

В 13-летнем возрасте (1913), идя в лес за грибами, должна была перейти через поле. Незаметно зашла в чащу, чего-то испугалась, ее охватил ужас, она бросилась бежать и бежала, «весь охваченная страхом». Выбегав в поле, продолжала испытывать страх, усилившийся при приближении к середине пути и постепенно ослабевавший по мере приближения к дому. Для ослабления страха искусала до крови большой палец руки.

В конце 1914 г. в связи с войной в числе других беженцев переехала в Екатеринослав (ныне Днепродзержинск), при переезде отстала от родителей, по тушила работницей на заводе. Несмотря на одиночество, тяжесть жизненных условий и свой 13-летний возраст, всегда добивалась цели сама, без помощи других, столько преодолевая препятствия и трудности. В 1917 г. переехала к родителям, которых после долгих усилий разыскала в Пинге.

С конца 1917 г. (во время петляевщины и петлюровщины) стали принимать участие в повстанческом движении. Скрывалась в лесу от захвата и расстрела. В июле 1918 г. в 18-летнем возрасте подверглась нападению большевиков на Петлюровцев. В ноябре 1918 г. в деревне селом Кривеньком ее заставили придать свою стесненную выгоду и вытащить через окно. Пережила кошмарную картину крушения, бросилась «бежать, куда глаза глядят». Окутывшись в полосу дыма, пережилась ужас, причем особенно тревожа ее вызвала «какая-то злободетская тишина». В дальнейшем активно работала, ожидая прихода Красной Армии.

В начале 1919 г. подверглась преследованиям со стороны белых. Опасаясь возможности ареста часто меняла место жительства. По приходе Красной Армии, воодушевленная борьбой, работала бесстрашно на броневике. Одновременно почти весь день безвыходно находилась одна в городе, занятом неграмотным, с очень важными документами. На улицах еще продолжалась стрельба. Идя одна по пустынным улицам, была охранена ужасом, но удалось укрыться. Так как за нее уже следовали и были допущены ее арестовать, бежала с чужим паспортом к родным, за 100 км. Ехала и в одиночку, ночью, в страхе быть арестованной, не доехав до станции, спрыгнула в лесу, ожидая рассвета. Утром пришла к родным, весь день пролежала в тревоге, а ночь в страхе «что-то арестуют, куда бежать, куда то спрятаться».

На 2-й день была арестована и заперта в отдельной комнате на ключ. Бессонно не спала, обдумывая план побега. Рано утром урядник пытался ее изнасиловать, но она оказала отчаянное сопротивление. Сказав «Ты будешь висеть в тюрьме!», он вышел и снова запер дверь. Ее охватил ужас.

и отчаяние, ей казалось, что она, действительно, здесь стигнет. Представилась картина из повести Горького «Мать». Вскоре была вынуждена на поруки, оставалась дома, боясь выйти на улицу. Чувствовала себя злойнейшей у окна, через которое «в случае чего» можно было спрятаться.

Через несколько дней, поздно вечером, вторичный приступ. Столкнувшись с оскорблением при допросе. Вынесен приговор к избиению шомгалами, а через несколько дней вынута гребенкой Красной Армии приговорена к расстрелу. В этот вечер в охране вместе с другими в сумерках было повезена на расстрел. В состоянии ужаса и безысходности ехала через поле. По обыкновению суток в тюрьме как «мертвица», была на ночь перепечена на квартиру начальника карательного отряда и заперта в комнате, где на столе было оружие и ручные гранаты. Начальник, пройдя расправой при сопротивлении, требовал отдачи ему. Сопротивляясь, она разбила окно с целью бежать через него. В борьбе потеряла все силы и была изнасилована. В бессознательном состоянии отвезена в больницу, откуда через несколько дней вновь взята для совершения приговора. Но стражник помог ей бежать через окно. Рассказывает, как она, волнуясь, расшнуровывала сапожки, чтобы спать их для побега. Два дня укрывалась по знакомым в ожидании подхода Красной Армии.

Началось отступление неприятеля. Город был погружен во мрак, свистнула жуткая тишина. Когда вышла на улицу, не зная куда идти, ее «охватил ужас одиночества». На утро пришли красноармейские разведчики. При встрече с одним из них бросилась к нему с криком «Я спасена!» и упала без сознания. Медицинским персоналом Красной Армии ей была оказана помощь.

После наступившего успокоения начались разыски расстрелянных родственников. В поле, в 2 км от города, она обнаружила в овраге труп расстрелянного отца. Во время разбора трупов вдруг раздались крики: «Наступают белые, спасайтесь в город!» В смущении ей не удалось преодолеть большое расстояние и окружающее пустое широкое поле, где негде укрыться. У нее подкосились ноги, ей казалось, что уходит с ума. Потеряла сознание, не помнит, как была доведена в город. Больная некоторое время находилась в сумеречном состоянии, страдая психотическими галлюцинациями и иллюзиями, отражавшими пережитое. Ее состояние было таково, что местные врачи залили родственникам о безадекватности ее лечения. Забыла о ней сама и себя молодая партизанка, теперешняя ее мать.

Но прекращении ее острого психотического состояния и исчезновении тяжелых симптомов (сумеречное состояние галлюцинации) на заднем плане являлись все обильнее новые фобии. Вследствие этого велась терапия для нее и для мужа отшельническим образом жизни, в постоянных страхах, которые довели ее до физического истощения.

Психотерапия в форме внушения во внушаемом еще была начата в июне 1924 г. Внушалось успокоение, забвение пережитого и страхов, уверенность в надобности жизни, веры в свои силы и трудящихся, хороший ночной сон. После первого же сеанса, прошедшего в дремотном состоянии, отмечено резкое улучшение общего состояния. После второго сеанса сопровождаемый длительным (часовым) внушением сном отпыхивала. Это привело к прогрессирующему улучшению ее состояния. После 10 го сеанса состояние настолько улучшилось, что больная стала вести самостоятельный образ жизни: свободно ходила днем и ночью по городу, ездила в трамвае, исчезла боязнь толпы и пр. После 25 го сеанса и чувствовала себя «очень хорошо», появилась интерес к жизни, не боится

запертых дверей, сумерек, темноты, ночной тишины, посещает иррациональное кино. В ноябре того же года приступила к работе.

Решилась, наконец, совершить поездку по железной дороге к матери, которая закончилась благополучно, прошла 5 км по полю самостоятельно и спокойно. Чувствовала себя совершенно здоровой, исчезли все страхи. В течение ряда последующих лет вела общественную работу, была членом Горсовета, посещала многолюдные заседания в здании Горсовета, в театрах, вела обследование за городом, ходила самостоятельно и днем, и ночью вела сложную трудовую и общественную жизнь. Несмотря на все переживания, старые фобии не возобновлялись. А развивавшееся время от времени (до 1934 г.) общее непродуктивное состояние устранилось одним из двух способов: впадением в дремоту.

В 1934—1945 гг. была здорова и работоспособна. Во время Великой Отечественной войны работала в Армии медицинской сестрой, участвовала в форсировании Днепра.

Только в 1947 г. больная снова обратилась к нам в диспансер по поводу резко выраженного рецидива некоторых фобий, возникших на фоне климакса.

Данная больная, повидимому, принадлежавшая к сильному, уравновешенному и подвижному типу нервной системы и к специальному средству, подверглась ряду повторных чрезвычайно сильных для ее нервной системы «трудных встреч», сопровождавшихся крайним эмоциональным напряжением.

В итоге хроническое перенапряжение основных нервных процессов привело к срыву тормозного процесса с резким падением положительности коры мозга и патологическим превалированием подкорки. На этой основе возник сложный комплекс фобий, образовавшихся по филогенетическому механизму временной связи. В основе же некоторых других развились таким путем симптомы навязчивого невроза были больные участки коры мозга с застойностью раздражительного процесса. Отсюда наш диагноз: навязчивый невроз в виде полифобий.

Следует сказать, что если до заболевания больную можно было отнести к сильному типу нервной системы (связь по ее п. подценю и переживаниях Великой войны), то в дальнейшем, вследствие ряда перенесенных тяжелых психических травм, ее нервная система была резко ослаблена. Тем не менее врожденные свойства прежнего сильного типа, повидимому, могли сказаться в том быстром и стойком выздоровлении, которое наступило после психотерапии. Спустя много лет, уже в климактерическом периоде, у нее возникло ослабление корковых процессов, которое привело к тому, что некоторые из фобий вновь стали эпизодически проявляться, хотя и в ослабленной степени.

Приведем другой пример сложного невроза.

2. Больная Б., 42 лет, доставлена к нам дочерью в феврале 1932 г. с жалобами на подавленное психическое состояние, резко выраженную апатию, полную неспособность, чрезмерную раздражительность, эскапизм, «до помрачения рассудка», общую физическую слабость, постоянные боли в области сердца, головные боли и неприятные ощущения в области малого таза. Особенно же ее тяготит бессонница, постоянное чрезмерно повышенное сексуальное возбуждение и эротические сновидения (каждую ночь). При этом крайне угнетена полной безрезультатностью лечения, как и упорной борьбы с описанным состоянием, особенно резко проявлявшимся с 1918 г. и непрерывно прогрессирующим, вопреки стремлению к выздоровлению «ради детей и ради дела».

В детстве была тихой, способной девочкой, училась хорошо, до 1908 г. была здорова, жизнерадостна, уравновешена, энергична. С 1905 г. (с 15 лет,

занималась подпольной революционной работой и, будучи очень активной, выполняла ответственные задания, связанные с большим риском. В 1907 г. была дважды арестована, а в 1933 г. сослана в Сибирь. В Челябинской тюрьме 5-дневная обструкция и голодовка, во время которой при столкновении с часовой получила удар прикладом ружья в правое ухо и висок. Умала, потеряв сознание. После этого развилось угнетенное состояние, длившееся несколько месяцев, повышенная перевозность, склонность к слезам, тревожные сны, плач по еде, бывали впервые припадки с судорогами и частые приступы болей в ушибленном месте головы. После тюрьмы жила в семье на поселении, самочувствие улучшилось, осталась лишь некоторая повышенная перевозность. Наряду с работой по специальности, успешно занималась самообразованием. В 1910 г., будучи еще в семье, вышла замуж по любви, прожила с мужем 5 лет, однако в половом отношении полного удовлетворения не получала. Через год после замужества родила сына. За 2 месяца до родов была арестована и провела 2 месяца в тюрьме. Через 2 года родила дочь. В течение всего времени с 1912 по 1916 г. была относительно спокойна, лишь изредка бывали боли в месте ушиба головы.

С 1916 г. усилилась раздражительность, которая ставится в связь с гиперсексуальностью и аморальным образом жизни мужа.

В 1918 г. перенесла ужасы Ярославского контрреволюционного истребления и пожара, а затем тяжелую болезнь своих детей. После ярославских событий покинула мужа и с двумя детьми уехала в Сибирь, где в весьма тяжелых условиях с большим напряжением вела подпольную работу. В 1919 г. перенесла сыпной и брюшной тиф, крупозное воспаление легких. Тяжелые условия работы ухудшили состояние ее здоровья, изредка стали появляться реактивные судорожные (судя по описанию больного) припадки, как реакция на пережитое и трудные для нее условия фронтовой жизни. В 1920—1921 гг. вела активную общественную работу в Сибирь. Этот период жизни больной характеризуется умеренно повышенной нервно-возбудимостью, нередко выраженным половым чувством, редкими реактивными судорожными припадками. С 1921 по 1924 г. работала в Житомире в детском доме в качестве воспитательницы дефективных детей. В 1923 г. писала свои воспоминания, что усилило ее невротическое состояние, в связи с чем участились судорожные припадки с потерей сознания, кошмарные сновидения, воспроизводящие все пережитое ею в прошлом. Наряду с этим, бывали и тяжелые эротические сновидения, обусловленные перенапряжением сексуального чувства, которое давило о себе опять с 1919 г., но тем не менее подавлялось обычно без особого напряжения. Однако такое состояние повышенной сексуальной возбудимости, как и общей возбудимости (с припадками), нараставшее в течение года, сделало ее «тягостной и для самой себя, и для окружающих». В 1924 г. 2 1/2 месяца лечилась в санатории (физиотерапии). Выписалась с небольшим улучшением.

После возвращения из санатория обратилась к врачу с просьбой облегчить ее состояние и восстановить работоспособность, изволучила сильно травмировавший ее психику совет: «Выходите замуж! Нужно работать! Больше ничего не могу сказать и сделать!». Зародилось отрицательное отношение к медицине.

В 1925 г. пережила личную трагедию — потеряла важные служебные документы. В результате возник острый аффективный приступ, длительный возбуждение в течение нескольких часов, сумеречное состояние сознания (со слов больной). Помещена в психиатрическую больницу, где пробыла несколько месяцев (диагноз «истерический психоз»). Выписалась в хорошем по всем отношениям состоянии.

В 1928—1929 гг. работала на картонной фабрике, проявляла раздражительность, неуравновешенность, вспыльчивость, была «злая». Состояние постепенно резко ухудшилось в 1929 г., когда ко всему этому присоединились упорные боли в животе. В поликлинике ставились диагнозы колита, подпочечной почки, аппендицита. Была на курортном лечении на Березовских минеральных водах, которое облегчения не дало, боли в состоянии общей повышенной раздражительности и аффективности продолжались.

В 1930—1931 гг. работала в качестве заведующей детским санаторием. В эти годы половая возбудимость нарастала, однако больная ни с кем не вступала в половую связь и постоянно боролась с этим чувством. Весной 1931 г. имела половую жизнь в течение одного месяца. Это ее несколько успокоило, но не дало морального удовлетворения, и она порвала связь. Относительно усложнившееся половое возбуждение с течением времени снова вспыхнуло, вновь усилились общие раздражители: появились кошмарные сновидения и не только эротического характера, но и из пережитого прошлого — тюрьма, фронт, ссылка и др. В весне 1932 г. общее состояние еще более ухудшилось: стала крайне неуравновешенной, аффективной, делала невыносимой для окружающих, получила кличку «злой истерички». У больной резко снизилась работоспособность, возникло подавленное состояние и мысли о самоубийстве как о единственном выходе.

Получила путевку в Бердзиев (ныне курорт Осиенко), но там чувствовала себя очень плохо: если до курорта приступы полового возбуждения ею подавлялись, то здесь «борьба с собой» стала бесплодной. В связи с чем все больше проявлялись общие раздражительности, усилившиеся вследствие «тщательного скрывания своего состояния от окружающих». Другие причины также ухудшили ее состояние. Так, кинокартина из эпохи гражданской войны и вечер воспоминаний партизан вызвали судорожный припадок с потерей сознания. Кроме того, возникли тяжелые галлюцинации, связанные с грубым отношением одного из врачей, считавшего ее «невылечимой и невыносимой истеричкой». Все это довело ее до отчаяния и она совершила попытку самоубийства.

Возвратилась домой в угнетенном состоянии, с надеждой на выздоровление. Однако, не находя выхода из своего внутреннего состояния, общей перевозбужденности, тоски и гиперэмоционального эротизма, она сделала попытку к самоубийству (через повешение), но была вовремя спасена дочерью. После этого случая она была помещена в псих.

Больная обратилась с просьбой направить ее на психотерапию, чтобы избавиться от эротизма, жить ей сон и восстановить работоспособность. Она подчеркивала, что это ее «последняя надежда и последняя попытка лечиться». В медицине не верит. «Поэтому, — говорила она нам, — врачи еще не могут понять того, что делается в таком болящем, как в нем трудно подходить и как их лечить!»

Учитывая общее состояние, отсутствие неры и выздоровление и восстановление работоспособности, а главное, наличие гиперэротизма и связанной с ним бессонницы мы считали необходимым вызвать у больной оптимальное настроение и устранить главный раздражающий этиологический фактор — сексуальный. В лечение purposely удалось погрузить ее в глубокую дремоту во время которой делались внушения: «Пережитое избыток сексуальных возбуждений больше не беспокоит, почтой сон крепкий и спокойный, без сновидений» и т. д. После этих внушений была проведена однократная сессия внушения сна-отдыха с повторными внушениями: «Если испытываешь полноту отдыха от всего пережитого».

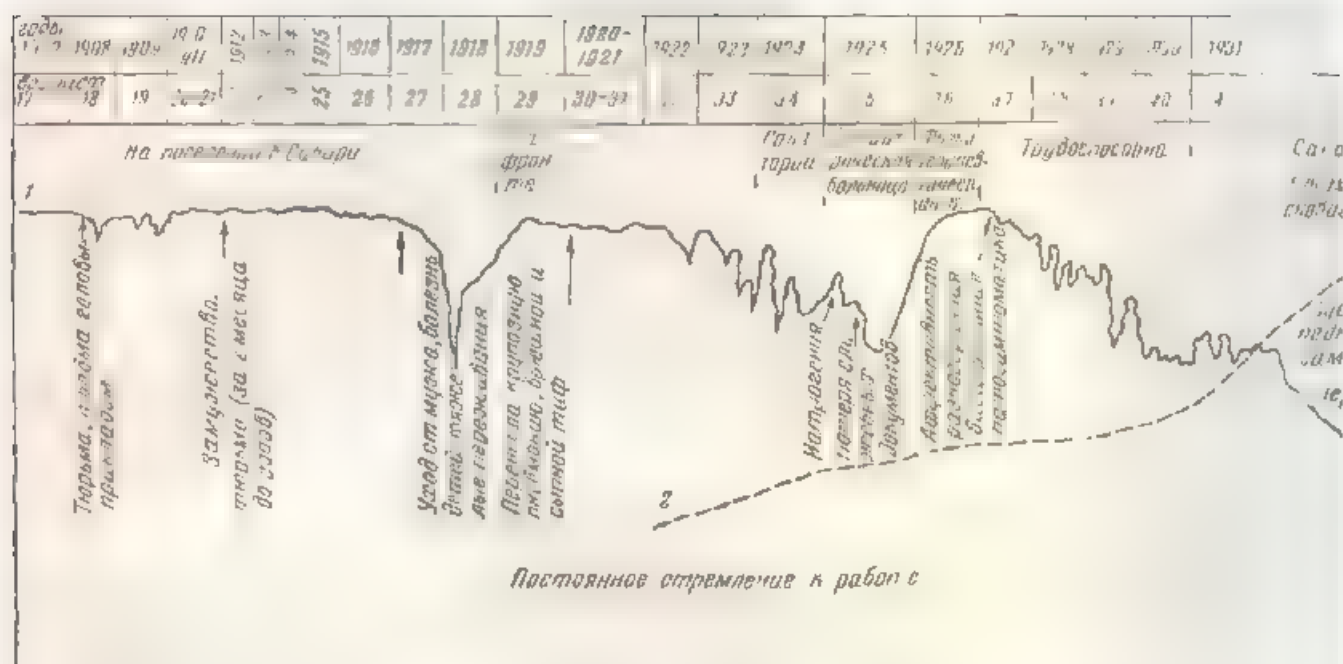
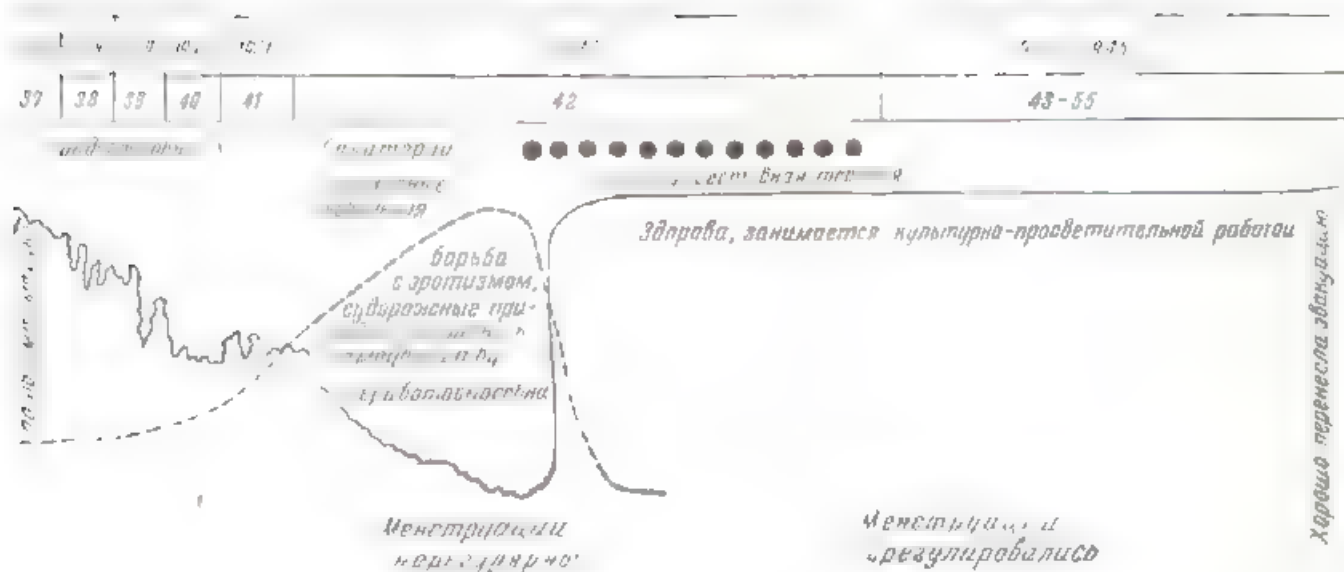


Рис. 84. Схема развития невроза и эффективности гин
1 — самоутешение большой; 2 — самоутешение малой



и невроза и эффективности гипносуггестивной терапии.
 (история больной) Φ — сексуальная возбудимость.

Лечебные сеансы ушли в неопределенное и свободное и облегчили ее состояние.

Придя через 2 дня на 2-й сеанс, заявила, что эти 2 дня она себя так хорошо чувствовала, как давно уже не помнит! Днем была значительно покоее, вечером начинала вала, но, иное во сне, по поборола это путем отвлечения внимания и вскоре заснула, ночью было одно эротическое сновидение. В следующую ночь такое же сновидение снова было, также без каких-либо гипнотизирующих ощущений. Второй сеанс психотерапии — последующему душевным самочувствием был пропущен в связи с болезнью.

Третий сеанс был проведен через день после второго с вполне хорошим эффектом. За это время не было ни протических мыслей днем ни сновидений ночью, засыпала без эротических картин, спала хорошо и не встала. Днем была веселее, перестала его спускать. Чувствует себя как бы обновленной: «Могу сказать, что не чувствовала себя так 20 лет!». Появилась интерес к жизни, влечение к труду. Отметила, что «впервые почувстало бодрое сердце», которое уже давно ее беспокоило. В последующие две ночи сновидений не было. Но сразу засыпает, но спит хорошо, эротических мыслей нет, вполне уравновешена, хочет работать, появился аппетит, сексуально спокойна. Спустя неделю, смогла спокойно рассказать подробности жизни из своей прошлой жизни, в свое время сильно травмировавших ее личность.

Спустя еще одну неделю, по словам больной, «самочувствие прекратилось», окружающие удивляются ее терпению и лучшему, начала жить, чего не могла делать в 1918 г. Уравновешена «не знает», спит по 10 часам крепко, сексуально спокойна. Рассказывает о своих прошлых переживаниях, удивляясь своему спокойному отношению к печальным воспоминаниям и переживаниям с прошлым. Еще через одну неделю в предварительной беседе перед сеансом решила рассказать о перенесенном ею в прошлом тяжелом сексуальном издевательстве над нею ее мужем, удивилась спокойной передаче пережитого. Были служебные неприятности, перенесла их спокойно. Ночью было эротическое сновидение, проснулась, но сейчас же заснула снова.

Спустя месяц после начала психотерапии сексуально спокойна, продолжил сеансы сновидения. По словам подруги, знавшей больную с юных лет и жившей с нею до 1932 г., больная «переродилась и стала такой тихой и доброй, какой была до 1906 г.». По словам дочери, «мама стала неуязвимой, совсем другой, раньше маленькая непереносимость ее раздражала, вызывала плач и обмороки. Теперь этого нет, она совсем спокойна и весела. В последующие дни самочувствие хорошее, работала в торговом секторе. Несмотря на светлую и нервную работу продавщицы, она все же была уравновешена, спокойна; при общении с покупателями не нервничает, хотя поводы к тому и бывают. Через 2 месяца появились признаки эротического возбуждения не было, бодрость, настроение и самочувствие хорошие.

Через 12 сеансов психотерапии во внутреннем мире она изменилась, и лечение, так как их оказалось достаточно, чтобы, как выразилась больная, «опять вернуться к здоровой трудовой жизни и быть спокойной и сексуально удовлетворенной».

Через год после начала лечения она снова была в санаторном лечении в том же санатории в Овстепко. Оттуда мы получили от нее письмо следующего содержания: «Нынешних прежних болезненных проявлений не испытываю, сохраняется бодрое и хорошее состояние, сплю глубоким сном, так как мне валидали. Лечение меня врач заявил, что я «никогда не вспоминаю ту, какой я была раньше»» (этот врач наблюдал больную

на курорте). Положительными катамноз до 1950 г. В период Великой Отечественной войны была эвакуирована, после активной общественной работу, демонстрировалась на конференции врачей (рис. 84).

Интерес данного случая заключается в сложности этиологических факторов: сочетанная травматизация — физическая травма головы и ряд пережитых тяжелых пролонгированных психических травм с длительным упорным перенапряжением тормозного процесса. В то же время нервная система больной, по видимому, относилась к сильному типу. Так, в первые годы после пережитых психических травм работоспособность ее быстро восстанавливалась, а стремление к выдвиганию оставалось сильным и доминирующим. Кроме того, результат психотерапии был быстрым и стойким. В итоге длительного перенапряжения тормозного процесса в области сексуальной сферы произошел срыв. Картина срыва выражалась также в виде суицидальных попыток. Таким образом, доминирующим фактором было «бытие подполья». Немалую роль сыграли в случае ятрогенности, обусловленной полым недоверием врачами к последствиям длительной и многократной психической травматизации.

Так как кора мозга больной была в состоянии резко сниженного тонуса, больная оказалась хорошо гипнабильной. В силу этого примененная нами психотерапия дала стойкий положительный эффект. Больная стала спокойной, уравновешенной и работоспособной. Возобновились менструации, прекращению которых было вызвано именно непродуктивным состоянием, а не климаксом (42 года), как это считалось врачами.

Результат лечения был весьма стойким, он сохранялся в течение последующих 20 лет. Наш диагноз: пролонгированный реактивный астерический невроз в тяжелой форме.

Следует отметить, что анамнез удалось установить окончательно лишь после трех первых сеансов внушения по внушенному сну и последующего внушенного глубокого ночного сна, когда корковая динамика больной нормализовалась.

Остановимся на рассмотрении еще одного случая, также сложного как по этиологии и патогенезу, так и по клинической симптоматике.

3. Больная К., 29 лет, обратилась к нам в ноябре 1957 г. Финансически истощена, вследствие чего вынуждена лежать в постели, предъявляет жалобы на чрезмерную раздражительность, угнетенное состояние, общую слабость, крайне тяжелый сон, отсутствие аппетита, боли в подложечной области, особенно после еды. Уверена в своей неизлечимости, угнетена постоянными тяжелыми мыслями, холяйство и дети заброшены. Болеет в течение 6 лет, причем все виды лечения, примененные терапевтами, безрезультатны. До того была совершенно здорова и работоспособна, уравновешенна и энерична. Наследственность здоровая: дед и бабушка по линии матери прожили до 100 лет.

Анамнез (со слов мужа): до заболевания была здорова, работоспособна, энергична. Шесть лет назад были тяжелые роды с осложнениями, после родов в течение 2 месяцев была упорная экзема в нижней части живота и на бедрах, в связи с чем стала крайне раздражительной. Через 2 года вторые роды, родила двух близнецов. После родов вновь возникла экзема в течение 4 месяцев. Раздражительность снова стала нарастать. Причем, по ее словам, муж и дочь, которую вообще недолюбливала, ее «особенно раздражают!» Появилась эмоциональная лютя, стала развешиваться мыслительностью и постоянные тревожные мысли, возник чрезмерный страх перед третьей беременностью, в связи с чем избегала половых сношений, на этой почве происходили конфликты с мужем. Однако через год снова забеременела, произошел аборт, сопровождавшийся обильным кровотечением. В связи со страхом перед новой беременностью постоянные слезы,

чрезмерная раздражительность, общая слабость, проводит по 2—3 ночи без сна или же часто пробуждается (среди ночи в страхе о учащенном сердцебиением, в холодном поту). Возникла «забычивость», рассеянность, быстрая утомляемость, причем в конце года уже совсем не могла работать, впала в резко угнетенное состояние почти ничего не ела — ее кормили насильно. Муж и дочь стали раздражать ее еще больше. С течением времени ухудшение прогрессировало: все являло поднимали, эмбриогенные экземы, развилась чрезмерная возбудимость и самовнушаемость, вплоть до признаков легкой безумности и появления на коже «холостеридных» образований и болевых ощущений. Так, однажды у нее на руке появилась болезненная гематома после того, как она увидела, что велосипедист сильно поранил себе руку. Все это появлялось также после разговоров о болезнях. Так, когда больная узнала, что у ее матери язва желудка, у первой стали возникать после еды боли в подложечной области. Решив, что «и у нее язва желудка», она перестала есть и почти голодала. Затем под влиянием мыслей о возможной беременности вновь стали проявляться соответствующие симптомы (нарушение молочных желез, усиление пигментации ареол, тошнота, рвота и другие проявления токсикоза). Диагноз врачей: «глубокая истерия, требующая длительного лечения и переезда в клинику».

На основе длительного перенапряжения тормозного процесса у больной, по-видимому, принадлежавшей к сильному варианту слабого общедатия первой системы и к специальному художественному, постепенно значительно ослабел тонус коры мозга и развилась картина глубокого истерического невроза.

При анализе причин, обусловивших возникновение заболевания, была выяснена прямая его связь с теми конфликтами, которые у нее были с мужем. Однако причина была более глубокой, связанной с супружеским и семейной жизнью вообще. Дело в том, что, отдавая много времени научной работе, больная была далека от «мелочных интересов» семейной жизни и потому считала, что «материальство будет примом» — ей научному движению вперед. Выходя замуж без большой охоты, она не желала иметь детей. Первые 3 года замужества протекали для нее спокойно, хотя и при некоторой неустойчивости в отношении беременности, державшей ее в известном психическом напряжении. Однако в дальнейшем муж настоячиво желал иметь детей. Наступили «авантюжные беременности», тяжелые роды и последующие хирургические вмешательства. Все эти факторы явились для нее сверхсильными раздражителями, обусловившими срыв высшей нервной деятельности.

Таким образом, больная постоянно находилась в условиях торможения противоположных корковых процессов: она тормозила свои стремления, пытаясь примириться с несвойственной ей ролью «семьяницы». В такой обстановке конфликта единственным виновником подавления личности стал ее муж, к которому больная стала проявлять неприязнь, ненависть.

Учитывая характер данного невроза и его структуру, мы решили применять психотерапию во внушенном сне (без применения каких-либо других личесных средств) с последующим внешним сном-отдыхом после каждого сеанса, тем более что все попытки успокоения и разрядки, проводившиеся в бодрствующем состоянии, больную лишь раздражали. Как можно было ожидать, больная оказалась хорошо гипнабильной и при первой же попытке уснула быстро и глубоко заснула. Во время сеанса обиделись больную в выдирании и возвращении трудоспособности, в возможности вести научно-исследовательскую работу и при сложившейся семейной обстановке внушали положительное отношение

и музыке и детям и т. д. Наряду с этим, vissutoлся спокойный, ночной сон, хорошие аппетит, забавные деревенские переживания. После 1-го сеанса отмечено резкое улучшение, и тот же день впервые за долгое время после еды не испытывала боли, всю ночь спала хорошо. После следующих трех сеансов был ликвидирован весь синдром. Положительный катамнез 16 лет: работа полюбилась, уравновешена, адекватна, как и до болезни, плодотворно работает по своей специальности, совершила много профессиональных успехов в психиатрии. По выздоровлении дважды в месяц проводилась на декадах Украинского психоневрологического института. Диагноз: ситуационный реактивный истерический синдром.

Интерес особенного случая заключается в том, что характер клинического синдрома давал все основания диагностировать у больной конституциональную истерию, якобы обусловленную крайним слабым типом нервной системы. Однако анализ прошлого, а главное, быстрый и стойкий эффект гипнозотерапии говорят о том, что у данной больной имелась протонировавшая истерическая реакция, подкреплявшаяся неблагоприятной семейной ситуацией и потому получившая затяжной характер. Путем соответствующей психотерапии отныне и в будущем этой ситуации было изменено, что и привело к устойчивому излечению всего психоневрологического синдрома.

4. Больная С., 35 лет, обратилась с жалобами на крайнюю раздражительность, причем при раздражении говорить тихо не может, «чем больше раздражается, тем больше кричит», часто до истощения до потери сознания. После успокоения ей «доставляет очень стыдно за свои поступки», причем в спокойном тоном она «обещает не допускать себя до этого», но при раздражении все повторяется снова. Постоянно находится в состоянии волнения и страха. «Волнуюсь без всякого повода и при малейшем поводе!». После волнений почью просыпается при малейшем шорохе (или шагах за окном) и начинает «не своим голосом» вскрикивать: «кто там?» или просто «а а а!» (обязательно 3 раза). При этом чем сильнее она раздражена, тем сильнее кричит. Больная отмечает, что если она кем-либо обижена или чем-либо расстроена, то мысленно об этом все время мысленно вспоминает. Под впечатлением пережитых неприятных событий, а больше плохих, может находиться продолжительное время — до месяца и больше.

Среди других ярко выраженных симптомов застойной инертности «обращает на себя внимание» длительно сохраняющаяся и точеное переживание больно «острое чувство утраты близкого человека», а также «стремление сохранить оставшееся после обета остатки жизни». Наконец, «страх быть в пугливом». Переходим к более детальному рассмотрению причин способствовавших развитию этих явлений, и их устранению путем психотерапии.

а) Многолетнее переживание острого чувства утраты близкого человека. В течение всей жизни находится под впечатлением смерти своей матери. С малых лет была крестной сиротой: в возрасте одного года умер отец, а в возрасте 4 лет — мать. В течение всей своей жизни приходится тяжело переживать утрату матери, а слово «мама», будучи уже взрослой, не может произносить спокойно «тотчас же заливают слезы», причем она сутками продолжает плакать. Однажды в 35-летнем возрасте демонстрировалась на научной конференции спокойно рассказывая о своих фобиях, но, дойдя до слова «мама», раскатылась и дальше ничего сказать не могла. Особенно сильно переживает, когда видит свою мать во сне: в этих случаях плачет, не переста-

вая, по трое суток. С малых лет любимой ее игрой были похороны. Играя в похороны, всегда плачет по своей маме. Будучи уже взрослой, продолжает считать, что причиной всех ее невзгод и несчастий является отсутствие мамы и по этому поводу «долго горько рыдает, как маленькая».

б) Налячивое стремление не есть ничего лишнего, продиктованное страхом перед будущим. Ее самостоятельная жизнь началась в тяжелые годы: она систематически недоедала и ночью боялась, «что завтра не будет и того незначительного количества пищи, какое она имеет сегодня». Она всегда оставляет «после продуктов «на всякий случай на «завтра», причем если варит кашу, то хотя и мало крупы, она все равно выискивает ее в пакете, тонко постукивает с сахаром, хлебом, маслом. Приготовленную пищу тоже оставляет в кастрюле, хотя пожилые женщины все это пропадаю и выбрасывали, так как никто этих остатков не дождет. Так зафиксировалась навязчивость и пиде страха перед будущим. Поэтому ее всегда волнует не просто то, как «сегодня будет «потом», хотя никакого повода к подобным размышлениям уже нет. Таким образом, возникшие в прошлые годы страхи перед будущим ее не покидают.

в) Развитие фобии. Одним из источников ее фобии стал слышанный ею в детские годы рассказ о том, что «посреди леса пошел и исчез человек и теперь он бродит по домам и нападает на спящих». Кроме того, «сыграли роль пережитые испуги. Первый испуг она пережила в 17-летнем возрасте, живя в большой комнате общежития, в которой было 25 коек, причем занято было всего 5 коек, а остальные были свободны. Однажды, вернувшись после 12 часов ночи, девушки улеглись спать и потушили свет. Внезапно кто-то начал сильными рывками дергать входную дверь, ведущую из коридора, при этом девушки слышали, что дверной крючок открылся и в комнату кто-то вошел босиком, после чего шаги затихли и в комнате «воцарила мертвая тишина, так что не было слышно никаких признаков живого существа». Она решила, что вошедший — «это и есть тот «пошедший» и что он «подойдет к соседней кровати, а сейчас подойдет к ней». От охватившего ее безумного страха у нее «начали отсыреть ноги и так дошло до груди». Ее соседка по кровати тихонько сказала: «Кричи, у нас кто-то есть в комнате!» И она стала кричать душераздиравшим криком, — говорила больная, — зовя брата из соседней комнаты». Как потом выяснилось, это были шаги прошедшего по коридору».

Второй испуг она пережила в возрасте 21 года: вернувшись в общежитие также после 12 часов ночи, когда свет в комнате уже был потушен, она услышала стук стулом, по обыкновению зажгла свечку, чтобы посмотреть нет ли кого под кроватью, и увидела под столом мужскую руку. В испуге упала на кровать и стала истерически кричать, крик перешел в истерический смех, а смех сменился истерическим плачем, и ее долго не могли успокоить. Выяснилось, что это был студент, который, зная ее пугливость, залез под стол, чтобы ее напугать.

С этого времени ее пугливости причина патологический характер сохранившийся и дальнейшем в течение 19 лет. Если кто-нибудь подойдет к ней сзади, она истерически кричит, причем, чем ближе будет подошедший к ней, тем сильнее ее крик. Кроме того, она боится оставаться одна в комнате, дерзает из комнаты в комнату. Если больная находится в возбужденном состоянии, то при каждом шорохе или же внезапном появлении к ней она истерически кричит, причем обязательно 3 раза. Если она упала, то, проснувшись, продолжает кричать, так как «самостоятельно остановить себя не может». Поэтому ее муж, приходя домой, должен предварительно обдумать, как ему следует

поступить, чтобы ее не напугать, так как, услышав его шаги или его голос, она кричит. Чем тише голос, тем сильнее крик. Если же слышит стинет издавна, то она остается спокойной (парадоксальные силовых отношениях). Если она приходит домой, когда дома никого нет, то не ложится спать до тех пор пока тщательно не осмотрит все помещение. И это повторяется повседневно. Однажды ночью сторож пролез под окнами — этого было достаточно, чтобы она, услышав сквозь шаг, в испуге начала кричать, причем, как всегда, остановиться не могла, пока неистово не прокричала трижды.

Находясь на улице вечером, боится зайти за угол дома. Если идет домой, то чем ближе подходит к двери своего дома, тем больше ею овладевает страх, она уже не идет, а бежит, рывком открывает дверь и выбегает за собой закрывает, причем уже не может пользоваться крючком и ключом, так как от страха руки и все ее тело дрожит, а на лице выражено сильнейший испуг: она все еще находится под впечатлением, что «за ней кто-то гонится» (ультрапарадоксальная фаза).

Врачи считали ее страдающей то конституциональной психастенией, то истерией. И только однажды, по ее словам, был поставлен диагноз: «невроз страха».

Состояние после психотерапии. По словам больной, выйдя на улицу после первого сеанса психотерапии, проведенного во внушенном сне, она почувствовала себя совершенно свободной. Ее уже не стало интересовать все окружающее, исчез страх, шла домой совершенно спокойно, а когда дома слышала скрипала комнату, а с темного балкона в полутемную комнату зашла хозяйка, больная оставалась совершенно спокойной, «даже не вздрогнула».

После двух сеансов сообщила, что маленький сын ее «почти не раздражает», а после последующих сеансов отметила, что впервые за всю свою сознательную жизнь чувствует себя очень бодро и хорошо, как здоровый человек: абсолютно адрово реагирует, действует и рассуждает. Настроение бодрое.

Всего проведено семь сеансов психотерапии во внушенном сне. Через 2 года прислана письмо. «Прошло 2 года с тех пор, как я лечилась внушением, и я не плачу. Однажды я обиделась на мужа и мне захотелось поплакать. Но как я ни старалась вспомнить самое жалкое и обидное, плакать не смогла: слезы только смочили мои глаза и больше ничего. Страх почти совсем прошел, непроизвольных истерических выкрикиваний не бывает. Настроение бодрое».

У данной больной наблюдалась выраженная инертность раздражительного процесса, причем кора мозга, поведенному, непрерывно находилась в фазовом состоянии («дымка торможения»). В этих условиях легко возникали и прочно фиксировались различные навязчивые состояния (собрание и хранение остатков пищи, прислушивание к шорохам, гипнотезии, страхам.) Путем психотерапии, проведенной во внушенном сне, была устранена патологическая инертность, а вместе с ней исчезла и навязчивость.

Диагноз: навязчивый невроз. Больная, поведенному, относится к слабому общему типу нервной системы и специальному художественному с выраженной патологической инертностью корковой и подкорковой динамики.

5. Больная Б., 48 лет. В мае 1923 г. под влиянием неприятного письма внезапно развился двусторонний амавроз и мутизм. Применено внушение во внушенном сне, причем усыпление производилось при помощи двух раздражителей — словесного и тактильного (поглаживанием по лбу). Тотчас же наступил глубокий сон, уже во время которого восстанови-

...сь речь. Связицей разъяснялась связь причины (полученного ею письма) со следствием (возникшей вследствие этого потерей зрения и речи), проводилась успокоительная беседа, вышлось «восстановление после пробуждения речи и зрения». По типично истерическое вышесие реализовалось, но не вполне: речь и зрение на левом глазу восстановились, но правый глаз остался амвиротичным. Как выяснилось, этот правосторонний амвирот имел 4-летнюю давность, не поддавался никакому лечению. Характер амвиротизма для нас стал ясным, но вызвавший его ближайший момент оставался неизвестным. Больная заявила, что это произошло в 1919 г., но при каких обстоятельствах, точно не помнит. Убавив ее снова, мы заставили «вспомнить обстоятельства, предшествовавшие потере зрения». Таким образом удалось выяснить связь амвиротизма с илетом иетлюрской банды.

Сделаво вышесие: «Это все в прошлом, банды нет, вы спокойны, слепота на правый глаз исчезла, после пробуждения будете видеть обонки глазами!» Вышесие реализовалось полностью. Был устроен и старши амвирот правого глаза 4-летней давности, диагностировавшийся офтальмологами как «ретробульбарный неврит».

Восстановившееся, таким путем бинокулярное зрение сохранялось в течение 2 лет. Необходимо отметить, что до сугестивного вмешательства амвироты возникали у нее очень часто, но были кратковременными и гмостоятельно прекращались. Через 3 года нам вновь пришлось наблюдать тяжелое истерическое состояние, снова развившееся у нее после ряда длительных тяжелых переживаний.

После внезапно наступившего судорожного припадка и 3-дневного летаргического состояния она проснулась, не имея зрения, слуха и речи. В течение нескольких дней оставалась в состоянии полной оторванности от окружающего мира. Своо илнение по поводу случившегося могла выражать лишь мимикой и жестикულიцией. На наше появление, словесные обращения к ней и сильные (над ушами) окрики не реагировала. Тусклые глаза с расширенными зрачками бессмысленно перемещались из стороны в сторону. Кожная чувствительность была сохранена — больная реагировала на дрикосновения и на уколы булавкой.

Так как нам уже была известна природа этого симптомокомплекса, был ясен путь и род лечебного воздействия. Однако если 3 года назад нам легко удалось устранить алогичный симптомокомплекс, то на этот раз положение прача было почти безвыходным: полная заторможенность слухового аализатора исключала возможность воздействия словом как условным раздражителем (с целью вызвать гипнотическое состояние). Кроме того, лечению препятствовало и выпадение зрительного аализатора. То и другое лишало возможности получить ту «установку на прача», которая могла бы обусловить создание оптимального контакта, необходимого для образования зоны рашнорта.

Наше намерение использовать глубокую кивестезическую чувствительность с целью контакта и узнавания потерпело неудачу. Мы несколько раз брали ее руку и водили ею по нашему лицу, но этот прием вызывал лишь мимическую реакцию недоумения и отрицания. Пассивное начертание на бумаге ее рукой нашей фамилии вызывало ту же реакцию. Несмотря на все наши старания нам не удалось установить связь с больной и, таким образом, получить возможность словесного воздействия на нее.

Однако положение обильвало, и нужно было искать другие пути. Мы полагали, что если гипнотическое состояние есть, действительно, не что иное, как вызываемое условнорефлекторным путем тормозное состояние, то применявшийся у больной в прошлом (3 года назад) метод усыпления путем составного раздражения — тактильного (пощипывания)

и слухового (слово) должен был бы, по нашему мнению, снова вызвать то же гипнотическое состояние. Поскольку условный рефлекс, выработанный на сумму двух раздражителей, получается на какое-либо сложение и целостность (К. И. Платонов, 1912), то в данном случае можно было использовать лишь один из них, а именно: тактильный (длительное поглаживание по лбу).

И действительно, после нескольких поглаживаний, сделанных при полном молчании, больная стала успокаиваться, а через несколько минут заснула. Дыхание стало ровным и спокойным (14 раз в минуту, вместо прежних 18), пульс с 98 ударов в минуту снизился до 86, возникло гипнотическое состояние мускулатуры конечности, приподнятые над телом ноги и быстро и грубо поворачивались. Вскоре левая конечность отсутствовала, состояние зрачков выяснить не удавалось, так как глазные яблоки были отведены внутрь и вверх, удавалось получить лишь слабую реакцию на значительные уколы булавкой. Больная спала с выражением полного покоя на лице.

Отсутствие слухового анализатора с его раздражением даже при сильных окриках, тем не менее растормозить его было необходимо. Тогда мы решили попробовать другой путь: производить и тактильное, и болевое раздражение ушных раковин.

Мы стали бесцельно раздражать (уколами и подергиванием) конскую поверхность ушных раковин до появления мимической реакции со стороны больной. Одновременно с этим слуховой анализатор возбуждался словесными окриками. Мы пытались воздействовать и на рече-двигательный анализатор, похлопывая по его губам, вытягивая их вперед, отводя углы рта в сторону, опуская и приподнимая нижнюю челюсть, раздражая язык и т. д.

Вскоре стали появляться признаки необходимого эффекта: постепенно, начиная с затруднениями, а потом все легче и легче получались ответы на вопросы. Тем самым через растормозившийся слуховой анализатор была установлена связь с корой мозга спящей. Восстановление слуха (во сне) позволило сделать соответствующее словесное внушение: восстановления после пробуждения функций всех трех анализаторов: слухового, рече-двигательного и зрительного. Однако эффект получился частичный: проснувшись, больная могла говорить, но слух и зрение остались заторможеными в прежней степени. Больная с нарастающей тревогой и волнением заявила, что она «не видит и не слышит».

Поглаживая, мы снова погрузили ее в сон. На этот раз во время и, следовательно, деятельность слухового анализатора восстановилась быстро, а при явном слухе и речи у нее можно было провести диалектическую беседу. Однако узнать ничего не удалось. Больная заявила, что «все надоело», «все раздражает», «устала жить». Внушили более глубокий сон и состояние полного отдыха. Затем было сделано следующее внушение: «вы вполне отдохнули, успокоились, и после пробуждения будете не только слышать и говорить, но и видеть». Эффект получился, по-настоящему исполнились: слух и речь были восстановлены, а зрение нет.

Снова приводим больную в состояние сна, делаем повторное внушение в отношении восстановления зрения (после пробуждения). Эффект снова отрицательный. Слова внушаем ее и для определения степени заторможенности зрительной зоны коры делаем внушение: «Продолжая спать, откройте глаза, и вы сможете видеть меня!». Внушение реализуется в полной мере: больная видит только врача. Тогда внушаем: «После пробуждения будете видеть так как зрение не утеряно!». Больная просыпается, но эффект опять отрицательный. Слова внушаем и внушаем возможность

«видеть все, находясь в комнате». Внушение реализуется, и больная, продолжая спать, открывает глаза и перечисляет предметы и присутствующих родственников. Внушаем была обидеть видеть после пробуждения.

Больная при этом, я, с удовлетворением потягиваясь и зевая, по ту же выискивала, что она опять не видит. Положение стало затруднительным. Тогда мы решили установить прямую связь расторможенной части зрительного анализатора в условиях сна с таким же его состоянием в бодрствовании. Для этой цели во время вынужденного сна мы делаем следующее внушение: «Пробуждаясь, вы будете помнить, что в этом сне зрение наше восстановилось, поэтому вы можете видеть и в бодрствующем состоянии!». На этот раз эффект получился полный, и больная с радостью фиксировала возвращение зрения. При последующем 3-летнем наблюдении рецидивов не отмечалось.

Интерес случая состоит в том, что патологическая инертность тормозного процесса распространилась главным образом на корковые зоны, соответствующие зрительному, слуховому и речедвигательному анализаторам. Заболевание возникло в период климакса, причем каждая «трудная встреча», особенно если она падала на сферу второсигнальной деятельности, приводила к функциональному вынуждению одного или нескольких корковых анализаторов — зрительного, слухового и речедвигательного — при сохранности тактильного и болевого. Данное наблюдение интересно и в отношении методов усиления и устранения патологических симптомов. Нет сомнения в том, что в данном случае торможение создавалось у больной по механизму временной связи на составной условный раздражитель (слуховой и тактильный). Восстановление речи и слуха произошло у нее при помощи безусловных раздражителей (механических и звуковых), а после ослабления торможения — и условных (словесных). Значительно труднее было устранить слепоту. Зрение было восстановлено ассоциативным путем: с помощью установления связи функционального состояния зрительного анализатора во вынужденном сне с таким же состоянием в бодрствовании. Попадному, решающее значение имели здесь слова внушения «После пробуждения будете помнить, что ваше зрение во время сна работало нормально». Таким путем замыкалась условная связь между актом видения во время вынужденного сна и корковыми следящими процессами нормальной деятельности зрительного анализатора в бодрствующем.

Как известно, у человека зрительный и слуховой анализаторы, содержащие «сензорные центры речи», теснейшим образом связаны с речедвигательным анализатором представляющим как бы «моторный центр речи». Постоянно взаимодействуя, анализаторы коры составляют структурную основу деятельности второй сигнальной системы (А. Г. Иванов-Смоленский, 1952). Естественно поэтому, что при узком концентрации охранительного торможения оно специально задерживается именно в этих наиболее ранимых участках коры мозга. Таким путем и возникают явления сурдомутизма. По учению М. А. Павлова, разнообразная симптоматика является характерной чертой истерических синдромов: резко повышенная аффективность, судорожные разряды, ослабление интеллектуального контроля над аффективными импульсами, мучительное переживание тягостных, травмировавших психику воспоминаний, — все это находит объяснение в ослаблении подкорковых функций над корковыми и первой сигнальной системы над второй.

Б. Больная В., 32 лет, обратилась в апреле 1935 г. с жалобами на расстройства походки и стояния: самостоятельно стоять и ходить не может, но держась за что-либо или опираясь на спутника, может стоять или ходить много и долго. Ходит по комнате самостоятельно, лишь дер

жась за что-нибудь, переходя от предмета к предмету, но идти через комнату по пустому пространству не может; точно так же не может стоять, не держась за что-нибудь или за кого-либо. При этом при попытке отнять опору больной овладевает сильным волнением, сопровождающееся приступом учащенного сердцебиения, выраженном ужасе на лице, побледнением лица, похолоданием конечностей, появлением пота. Из-за такого состояния выходит из дому только вечером с кем-либо из членов своей семьи чтобы скрыть от посторонних лиц свой дефект. Днем же сидит дома, ограниченная в движениях. Больна 2 1/2 года, в последнее время переведена на инвалидность как хронически больная.

Настроение подавленное. Чувствует себя здоровой, желает работать, но из-за невозможности самостоятельно передвигаться обречена на бездеятельность. Последнее время овладевают упрямые мысли о самоубийстве «в связи с невыносимостью сложившегося положения», отсутствием надежды на выздоровление. Клиническое и курортное лечение безрезультатно. Больная производит впечатление здоровой и цветущей женщины. До настоящего заболевания всегда была здоровой, бодрой, подвижной, жизнерадостной, энергичной и работоспособной. Наследственность здоровая.

При исследовании не обнаружено отклонений от нормы и каких-либо симптомов органического поражения нервной системы: мышечная сила, координация движений в лежачем положении сохранены полностью, расстройства чувствительности нет, не обнаружено симптомов поражения мозжечковой системы. Весь синдром сводится к расстройству равновесия при стоянии и ходьбе с резко выраженной эмоцией страха.

Анамнез (со слов больной ее мужа и по данным наблюдавших ее врачей): 13/1 1933 г. больная попала под автобус, причем была отброшена в сторону, получив ушиб затылочной части шеи и лишившись сознания. Через 2-3 дня почувствовала боли в области задней части шеи и затылка. Развился парализованный верхних конечностей и паралитический парез. 5/III она помещена в клинику нервных болезней, где пробыла до августа 1933 г. (Объективно: черепномозговые нервы в норме, сухожильные рефлексы незначительно повышены, чуть больше слова, расстройства поверхностной чувствительности в дистальных частях ног, незначительное расстройство глубокой чувствительности пальцев ног. Со стороны нервно-мышечной системы никаких патологических явлений не имеется. Моча в норме. Больная эмоционально возбуждена. Клинически диагноз: легкое кровоизлияние в области шейной части спинного мозга.

К моменту выписки из клиники, в которой больная находилась в течение трех месяцев, она стала свободно двигать руками и ногами, но стоять и ходить без помощи не могла. Ее охватывал страх упасть. Со стороны неврологического статуса симптомов органического заболевания не было. Выписана с диагнозом «психогенная».

Переходим к рассмотрению этиологии и патогенеза данного заболевания, заимствуя данные из описания больной. «На V месяце моей болезни, когда я, лежа в постели, уже могла делать свободные движения руками и еще с трудом ногами, в палату вошел врач-социатра. Когда он стал спрашивать, как я себя чувствую, я стала показывать ему, как я двигаю руками, пощипую и двигаю ноги и даже показала, что я в состоянии сама поворачиваться. В ответ на это он безнадежно махнул рукой и сказал, что меня переводят в инвалиды, и с этим ушел. Это меня привело в ужас. Меня охватил страх и покинула всякая надежда на выздоровление: слово «инвалид» и представление о безнадежности, беспомощности, «тяжелой обузе для семьи и окружающих» буквально потрясли меня и мое состояние резко ухудшилось. Вскоре была сделана попытка поставить меня на ноги: два санитаря в присутствии врача подняли меня с постели и хо-

тели поставить на пол, но колени у меня сразу же подкосились и я стала опускаться. Меня стали подтягивать вверх, но я беспомощно висела на руках санитаров. У меня закружилась голова и в мозгу проливалось слово «инвалид», все это жутко меня испугало. Если до появления врача содратраха у меня происходила борьба между верой и неверием в мое выздоровление и в то, что я сумею ходить, то в этот момент я поняла, что никаких надежд на это уже питать нельзя и что я, действительно, инвалид. Эта начальная попытка стать на ноги закончилась длительным истерическим плачем: погубило все — вся жизнь, работа. . . ведь я мать и жена, и мой долг обязывает меня заботиться о близких людях. . .»

В дальнейшем было несколько попыток водить больную. Но дело ограничивалось лишь тем, что «когда два санитаря водили меня, то третьему приходилось водить ноги, переставляя руками одну ногу за другой». В таком состоянии больная была перевезена домой, где пробыла 2 месяца без всякого лечения. Больная сама приподняться на постели не могла, каждый раз кто-либо должен был помочь ей сесть в постели, потом спускали ноги и лишь при поддержке двух человек ее подводили к столу или выводили на балкон.

В сентябре 1933 г. больная была перевезена в Сочи, принимала ванны в Маесте (18 ванн), к концу 2-го месяца лечения могла ходить с помощью одного человека, опираясь другой рукой на палку. Но все это сопровождалось большим напряжением и боязнью. «Как бы не упасть». По приезде домой стала понемногу передвигаться по комнате самостоятельно, держась за мебель. Больную стали выводить на улицу. Встречи с бывшими сотрудниками и прогулки мимо ее служебного учреждения были ей крайне неприятны и вызвали слезы.

В таком состоянии, без признаков улучшения, больная оставалась в течение года. В октябре 1934 г. вторая поездка в Сочи ничего ей не дала: после месячного пребывания на курорте вернулась домой в том же состоянии беспомощности и без надежды на выздоровление. По комнатам продолжала ходить так же, держась то за мебель, то за стены. Когда же врачи пробовали оставлять ее одну среди комнаты у нее «начинала кружиться голова», она «приходила в волнение, начинала вся дрожать, хваталась за людей, за вещи и т. д., стараясь не потерять устойчивости». Однажды попыталась самостоятельно встать со стула и пойти по комнате, не держась за предметы. Но, встав, она «грохнулась на пол», что убедило ее в полной безнадежности своего состояния. Это была последняя попытка самостоятельного хождения. После этого она уже боялась это делать и психическое состояние ее ухудшилось.

Безрезультатность лечения приводила больную в отчаяние, что поддерживалось переводом ее на инвалидность. При этом, когда больная и муж ее обращались к врачам с просьбой дать направление на психотерапию, они говорили: «Поскольку имеется изменение в мозжечке, этот способ лечения ничего не даст». «Единственно, что может дать психотерапия, — это устранив боязни автомобилей, которых ты так боишься», говорили ей один из врачей.

В последний год больная перестала обращаться за медицинской помощью, так как мысль о «порче мозжечка» стиливала у нее всякую надежду на «возможное излечение посредством психотерапии». Однако по настоянию близких, она решилась обратиться за психотерапевтической помощью: это была «последняя надежда» больной.

Диагноз: навязчивый невроз со стазо-базофобией. Была применена психотерапия как в бредитвующем состоянии, так и в бредите, включавшая два периода.

В первом периоде была поставлена задача поднять веру больной

в выздоровление. Однако успокоение, разъяснение и убеждение не оказывали никакого влияния на больную, находящуюся в бодрствующем состоянии. Столь же безуспешными были и попытки самостоятельного стояния или ходьбы, являвшиеся мучительными для больной из-за резко выраженного страха. Вместе с тем больная оказалась трудно гипнотизируемой, в результате чего ее удалось уснуть лишь после нескольких сеансов. Находясь во внушенном сне, она совершенно свободно и самостоятельно ходила по комнате. Мы пробуждали ее, когда она стояла посреди комнаты и декламировала, что она может самостоятельно ходить по комнате, а сама в это

Однако все это не привело к положительному результату. Поэтому больной во внушенном сне было сделано внушение: «После пробуждения будешь помнить, что, выходя из комнаты в сне, свободна и без страха стоишь и ходишь». Внушение реализовалось полностью, но не сразу, а лишь после двух повторных сеансов. Тем не менее больная преисполнилась надеждой на выздоровление. Этому помогло также сделанное нами однажды гипнотическое внушение: «В ночном сневидении увидите себя свободно ходящей по магазинам». В ту же ночь сневидение реализовалось. В последующей беседе мы разъяснили, что виденное ею сневидение также свидетельствует о возможности нормального хождения. Это окончательно укрепило уверенность в выздоровлении.

В последующие дни во внушенном сне ей внушалось: «Систематически упражняться дома в бодрствующем состоянии в самостоятельном стоянии и хождении при содействии близких», что она аккуратно и точно выполняла. В результате всего этого через месяц после начала лечения она уже могла свободно ходить по комнатам и по двору, не боясь упасть, а через 1½ месяца полностью возвратилась к трудовой деятельности.

Вполне здоровая была в течение 16 лет. Однако после этого, в 1953 г., у нее возник рецидив прежнего навязчивого невроза стазобазофобии. Это произошло после оперативного вмешательства по поводу желчно-каменной болезни, сопровождавшейся в дальнейшем осложнениями. Больная пролежала в клинике 11 месяцев. После выздоровления, наряду с неуточивостью походки, обусловленной общей слабостью, обнаружилось также явление стазо- и базофобии с ярким воспроизведением следов пережитой ею катастрофы. Рецидив длился 2½ месяца, пока в 1954 г. она не поступила в отделение неврозов Центральной психоневрологической больницы, где была вновь проведена психотерапия с тренировкой в самостоятельном хождении. Результат положительный. Демонстрировалась в 1955 и в 1954 гг. на врачебных конференциях.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что больной была нанесена психическая травма врачом содрала, который как сказано, что ее переводят на явную гипноз. Это создало в коре мозга кодированный больной пункт, зафиксировавшийся на длительное время. Она, по-видимому, принадлежала к сильному уравновешенному типу нервной системы. Вследствие физической и психической травмы ее нервная система была резко ослаблена, тем более что больная в последующем долгое время лежала в клинике. Итрогенный синдром был обусловлен именно длительно сниженным всеми этими факторами тонусом коры мозга. Но особенно психотравмирующее значение имели, конечно, слова врача о гипнозе.

Приводим примеры непротивечных наблюдений, вся патологическая симптоматика которых относится почти исключительно к сфере деятельности второй сигнальной системы.

Больная И., 34 лет, обратилась с жалобами на появляющиеся временами навязчивое состояние, которое мешает ей работать. «Не говоря

мая, как человек мыслит, и все время об этом думаю». «Две силы во мне борются: одна заставляет думать, а другая — не думать об этом». Все это впервые началось 16 лет назад, после того как над ней была проделана такая «злая штука»: когда она вступила в интимные отношения с молодым мужем из села, недоброжелательно относившаяся к ней старуха со слеза намеревалась пробежать через дорогу с пустыми ведрами. Заметив это, она с мужем поспешила прочит дальше. Старуха не удалось ее затаить, в связи с чем она бросила в след им ряд недоброжелательных взглядов. Все это произвело на больную, бывшую крайне чувствительной, сильное впечатление, и с тех пор она стала бояться этой старухи и ее дочерей.

После этого случая у нее начались головные боли, причем «все в идеях и туманах» и предметы воспринимаются «окруженными туманом». Через год это явление исчезло, но появились приступы «давящей» мысли о том, «как человек мыслит». Причем, когда появляется эта мысль, болят, по ее словам, на некоторое время «теряет свое я», лишается возможности последовательно мыслить, возникает пессимистическое настроение, эти мысли не дают возможности владеть собой. «Мой мозг будто что то сдает, тупеет». Кроме того, возникает «ограниченность мышления», что сопровождается такими страшными головными болями, что «мозги горят», в голове такой сильный шум и звон, что иногда не слышат обращенных к ней слов.

Бывает и так, что, войдя в комнату, не знает, на что обратить внимание и о чем надо подумать, и ее мышление «вдруг становится абсолютно конкретным»: каждое слово должно выразиться в форме какого-нибудь реального образа, так как «возможность абстрактного мышления совершенно отсутствует». Так, например, если слышит слово «хорошо», то не понимает, что оно означает. Таким образом, по выражению больной, «мозг работает, а душа, если можно так сказать, отсутствует». Она чувствует, что она одновременно и нормальная, и ненормальная: «Создаю что-то переживаю». Однако ни одного ненормального поступка не совершила.

Условия возникновения приступа: приступ сам по себе не возникает, он всегда связан с воспоминанием о причине ее заболевания, причем провоцирует его, например, или встреча женщины с пустыми ведрами, или встреча с этой старухой и ее близкими, или воспоминания о приступах, или услышанное слово «сумасшедший». При этом сразу появляются мысли: «Как люди мыслят?», «Как люди должны быть нормальными?». Развивается внутренняя борьба, и наступает головная боль. Затем приступ столь же быстро прекращается (самостоятельно или в результате этой борьбы) или же принимает затяжной характер. Иногда приступы не бывают в течение целого года. Так, за 5 лет войны было только три приступа, два непродолжительных — по одной неделе в один и тот же месяц. В светлые промежутки между приступами прекрасно себя чувствовала.

Болит в 27 летнего возраста. Однако смогла окончить педагогический институт, работала преподавательницей, последнее время занимается счетной работой. Кроме того, активно участвует в общественной работе.

Наследственность здоровая, развивалась нормально. Но во время приступа работоспособность снижается чуть ли не на 70%. В эти дни все время держится за голову: «Еле живу, а мучаюсь. . . живу в постоянном страхе перед приступом. . . нет никакой уверенности в излечении».

Отмечает следующий случай: однажды, будучи в состоянии приступа, облила себе в бок руку горячей водой и тотчас же почувствовала значительное облегчение, так что возвращалась домой уже освобожденной от них. После этого приступ долгое время не возобновлялся (результат

отрицательной индукции, вызванной сильным очагом возбуждения) Больная отмечает, что когда она высвобождается из своего рода, приступ прекращается. Вообще вне этого города чувствует себя хорошо, приступов не бывает.

Как мы выяснили, во время приступа у нее нередко наблюдается диссоциация деятельности сигнальных систем, причем ослабевают попеременно то первая, то вторая.

Самая больная описывает это так: «Смотрю на лампу, но воспринимаю ее безучастно и холодно, будто что-то мне мешает воспринимать ее genuinely. . . смотрю на портрет Чайковского — и это мне ничего не говорит, воспринимаю как то ограниченно, в узком масштабе, не в широком понимании, причем рассеивается и о н и т и е о нем. . . В здоровом же состоянии, смотря на лампу я ее осмысливаю, понимаю ее название, одним словом, воспринимаю ее в широком смысле». Иногда же, наоборот, у больной происходит значительное ослабление функций первой сигнальной системы. Так, идя по улице, она «не чувствует своего тела, своей фигуры» и ей кажется, что «идет одно только мышление». В это время не может представить себе, какова прическа на голове, смотрит на свой костюм и не воспринимает: «мой ли он?», глядя на кисть своей руки, не понимает, ее ли это рука (картина диссоциации второй сигнальной системы от первой). В такие минуты у нее «теряется чувство реальности».

Отмечает, что во время первого сеанса психотерапии, проведенного в дремотном состоянии, «чувствовала тяжесть в руках и ногах, но открыть глаз не могла и мысли не было». Ей внушалось: «забвение случая, пережитого в первый день замужества, хорошее самочувствие, надежда на выздоровление», что воспоминанию и мысли о приступе «сами по себе это не вызывают». После пробуждения, по словам больной, наступило «проявление сознания, приподнятость настроения, ясность мышления»; боли в голове не ощущает. Однако преследует чувство страха, что «все это ненадолго». После сеанса весь день, до самого вечера, самочувствие было хорошее, боли в темени и затылке значительно слабее, хорошее настроение. Представления о внешних предметах ясные. Однако к вечеру «снова стал появляться туман и тупость в мышлении», хотя и в ослабленной форме. Отмечает, что, будучи здоровой, на поставленный ей вопрос всегда отвечает «шлово, быстро и легко», а «вчера вечером вновь отвечала с трудом».

Во время второго сеанса чувствовала себя значительно спокойнее и глубже дремала. Испытывает то же, что и при приступах, а именно, «чувствует лишь один свой мозг», воспринимает лишь свое мышление, в то время как «ее тело ею не ощущается», оно «какое-то растворимое». После пробуждения во втором сеансе отметила, что «все-таки остается слабое ощущение своего „я“ и некоторая задержка свободы течения мыслей». Навязчивые мысли «о мышлении человека» и «как человек все понимает?» исчезли, вновь появилось абстрактное мышление. Отмечает, что если в норме «каждое произносимое слово должно вызывать в мозгу какой-то определенный образ», то у нее, «когда слова произносятся, мозг не успевает на каждое слово выработать определенный образ или воспоминание того, что с ним было когда-то связано».

В данном случае имело место отставание первосигнальных процессов от второсигнальных. В целом же можно было говорить о патологическом расщеплении согласованной деятельности обеих сигнальных систем.

После семи сеансов психотерапии больная заявила, что «самочувствие хорошее». Во время 8-го сеанса спала глубоко 1½ часа. Чувствует себя значительно лучше, чем до лечения. Уехала домой, получив соот-

ветствующее профилактическое внушение. Дальнейшая ее судьба неизвестна.

Приводим другой пример упорной второсигнальной навязчивости — совершенно не поддающейся психотерапии.

8. Больной П., 24 лет, обратился к нам с жалобами на различные навязчивые мысли: если проходит мимо него калеска, то сейчас же у него возникает мысль «Я буду таким же!». Если он проходит мимо реки, ему кажется, что он утонет или его утопят. При встрече похоронной процессии — кажется, что умрет, когда проходит мимо столба, появляется мысль: «Моя голова будет соображать, как и этот столб». «Вообще, все, что попадает на пути, вызывает мрачные отрицательные мысли». Не может читать, так как отдельные фразы также вызывают отрицательные мысли. Всегда должен повторять фразу несколько раз, а если при этом не появятся отрицательной мысли, успокаивается (что бывает редко). Когда идет, так же появляются отрицательные мысли: «я умру», «меня утопят», «попаду в тюрьму» «превращусь в собаку» (в кошку, в любое животное). Если во время писания вдруг появится подобная мысль, ему кажется, что если он не отрет слово, которое вызвало эту мысль, то в нем «этого не случится». Начинает стирать и чем больше стирает, тем стремление стирать усиливается и появляются массы других навязчивых мыслей. Если он противостоит этому, стремясь не поддаваться навязчивости, то начинает болеть голова, появляется рассеянность, и он опять оказывается «во власти этих новых мыслей».

Развешенное неприятное событие сейчас же вызывает у него навязчивую мысль, что «и с ним то же самое случится». В таких случаях делает жест, «будто отгоняет мысль», но и этот жест также становится навязчивым. То же самое наблюдается и в процессе еды: если вспоминает о неприятном для него событии, то должен выплюнуть еду (как если бы он «выплюнул мысли»), таким путем может довести себя до рвоты. Если при каком-либо движении другого лица у него появится мысль, что он умрет, утонет и т. п., тотчас же возникает новая мысль, что «потому, что движение сделано, мысли эти осуществятся» и т. п. Навязчивое состояние проявляется всегда и везде — на работе, на прогулке, когда ложится спать. Идя по ступе, он должен вернуться на то место, где у него возникла отрицательная мысль, и сделать несколько движений ногой. Это продолжается до тех пор, пока он весь не вспотеет и не начнутся головные боли. И «торопливые люди замечают его странности и ему кажется, что смеются над ним, поэтому он всегда чувствует себя стесненно. Но в последнее время отрицательные мысли возникают у него и тогда, когда он ничего не делает. Во время езды по железной дороге появляются мысли, что он «попадает под поезд» или его «бросит под поезд» и т. п. При входе в вагон он «должен на вагонных ступеньках оступиться», причем сделать это несколько раз.

Ночью спит хорошо, но засыпает и пробуждается с трудом, причем часто бывает так, что при пробуждении чувствует себя расстроенным. Если кто-либо на него посмотрит серьезным взглядом, ему кажется, что этот человек чего-то хочет от него или преследует его.

«Если я видел, например, смертный случай на каком-либо месте, то мимо этого места стараюсь не проходить, ибо появится мысль, что и со мной это случится» и т. п. Еще пример: при покупке часов он вспоминал «гибели солдата» и у него возникла мысль: «Со мной случится то же самое». Вследствие этого появилось навязчивое желание одеть часы, но этого сделать не мог, так как деньги уже были уплачены, и указанная мысль упорно держалась у него около года.

Обратился к нам с просьбой избавить его от этих навязчивостей, которые на протяжении года назад, во время раздражения пищи, затем постепенно количество раздражителей увеличилось. В настоящее время навязчивость снижается таким образом с походом, что вынуждает его делать разные лишние движения. Месяц назад в Сочи и в Баку, но безуспешно, получал советы: «Возьмите себя в руки», «Вам надо лечиться» и т. п.

Примечательно, что в периоды бодрствования в бодрствующем состоянии было бы типичным, а кроме того, больной оказался нестигматизированным.

Поэтому, у данного больного был реактивный психастенический синдром, хотя аффективного начала установить нам не удалось.

Таким образом у первой больной имелась картина ярко выраженной патологической инертности замыкательной и аналитической функции, которая проявлялась главным образом в сфере второсигнальной деятельности, сопровождаясь внешними частичком разобщенности перцептивных динамик от второсигнальной и переменного ослабления как до и из них.

У второго больного не менее ярко была выражена патологическая инертность раздражительного процесса проявляющаяся во второсигнальной деятельности и виде непрерывно возникающих и сменявшихся одна другую все новых и новых павлачиваний. В круг действий, направленных на их устранение, вовлекались то кинестетические, то рече-двигательный анализатор. Психотерапия в данном случае оказалась совершенно

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА НЕВРОЗОВ

Основой психопрофилактики неврозов является прежде всего правильная организация труда и отдыха, а затем система мероприятий, направленных на подготовку высшей нервной деятельности человека к таким жизненным испытаниям, которые связаны со значительным напряжением нервной системы. Это особенно важно для людей, обладающих слабым или ослабленным типом нервной системы.

Мероприятия касавшиеся психогигиены и психопрофилактики, следует строить на основе постепенной и усложняющейся тренировки процессов высшей нервной деятельности, начиная с наиболее легких и простых задач и переходя к более сложным и трудным.

«Обучение трудностям» и «воспитание тормозов» является весьма ответственным моментом в формировании высшей нервной деятельности ребенка. Речь идет о тренировке элементарных актов замыкательной и аналитической деятельности (различение и обобщение), репродуктивной деятельности мозга (память) положительных и особенно отрицательных эмоций, корковой динамической стереотипии (системности, формирование привычных актов) и пр. Необходимость такого рода тренировочных упражнений, осуществляемых по отсечению, т. е. только ранней возрастной системы, является само собой разумеющейся. Для детей период воспитания в дошкольном возрасте проходит совсем не безразлично. Ребенок, привыкший к одному детскому коллективу, к одним воспитателям и пирам, очень тяжело переживает разлуку с ними. Таким образом, одна лишь перевод детей из одного детского сада, уже может вызвать тяжелую нервно-психическую травму. Речь идет здесь о ломке динамического стереотипа, к которой ребенок не был профилактически подготовлен. Мы считаем, что требуется система постоянных мероприятий, профилактически тренирующих высшую нервную деятельность ребенка во всех его жизненных проявлениях.

Не менее важное значение имеет психопрофилактика в пубертатном периоде, когда нужно подготовить основные корковые процессы к качественно новой системе отношений, связанной со свойственными этому периоду возрастными физиологическими перестройками эндокринно-вегетативной системы. Нужно иметь в виду, что в условиях переломного периода жизни молодого развивающегося организма наиболее легко могут возникать перенапряжения и срывы высшей нервной деятельности. Соответствующая система предупредительных мероприятий должна и в данном периоде развития организма предотвращать возможность психической травмы. Эта система мероприятий определяется нами как подготовка высшей нервной деятельности к возможным функциональным колебаниям эндокринно-вегетативной динамики.

Необходимо подчеркнуть, что усложнение с возрастом тренировочных занятий должно идти именно по линии воспитания эмоций. Эта задача является тем более важной потому, что отсюда берет свое начало система дальнейших направленных действий, способствующих формированию положительных и устранению отрицательных черт характера человека.

Разработка и проведение в жизнь конкретных мероприятий по психопрофилактике представляет огромную по своей социальной и психогигиенической значимости проблему. Однако, несмотря на немалые трудности, эта задача в условиях социалистического общества разрешима.

Психопрофилактические мероприятия в юном возрасте должны предусматривать правильную организацию труда и быта, так же как и систематическую тренировку высшей нервной деятельности с целью выработать навыки для преодоления различных чрезвычайных трудностей (сверхсильные раздражители, перенапряжение подвижности, ломка динамических стереотипов и пр.).

Далее, следует отметить, что в период полного полового созревания и начала брачной жизни совершенно необходим и законен вопрос о профилактике нарушений в сфере половой жизни. Мы считаем, что население в соответствующей форме следует разъяснять, как могут возникать нарушения и срывы высшей нервной деятельности, обусловленные дисфункцией половой сферы. Ибо именно сексуальные и эрогенные неврозы все еще занимают определенное место среди других невротических заболеваний, с которыми обращаются в психоневрологические диспансеры.

Конкретно речь может идти, например, о психопрофилактической подготовке к известию о потере близкого человека или к другому столь же тяжелому жизненному удару. Сюда же относятся мероприятия, связанные с психопрофилактической подготовкой беременной к предстоящим родам или подготовкой больного к предстоящей хирургической операции и т. п. Такая подготовительная и предупредительная тактика дает возможность временно мобилизовать корковую деятельность в нужном направлении.

Психопрофилактические мероприятия особенно важны для людей с ослабленным типом нервной системы. Так, если нервная система человека ослаблена (истощена, травмирована) неблагоприятными условиями прошлой жизненной ситуации, то особенно необходимо предохранить ее от вредных перенапряжений, применяя не только укрепляющие нервную систему средства, но и соответствующий тренировочный режим.

Важнейшим средством воздействия на состояние высшей нервной деятельности человека является слово врача, стимулирующее и направляющее ее в нужную сторону, а иногда даже и выравнивающее соотношение основных корковых процессов. Такое воздействие может выражаться в виде конкретных пояснительных врачебных указаний (при родах,

перед хирургической операцией) соответствующих общих психопрофилактических санитарно-просветительных мероприятий, которые, однако, не должны включать ознакомление с проявлениями различных болезней. В противном случае такое «санитарное просвещение» летит в корзину и может приводить к ятрогению, в чем нам не раз приходилось убеждаться.

Наряду с этим, особое внимание должно быть обращено на чисто бытовую психопрофилактику — устранение неблагоприятного воздействия на детей и подростков ссор между родителями, устранение разного рода запугиваний, грубого обращения и прочих оставшихся в наследство от прошлого вредных способов воздействия на психику ребенка или подростка. Указанные моменты являются источником истинно детской травмы, ведущей к развитию невротических реакций или же предрасполагающей к возникновению их в более зрелом возрасте.

Для иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больная 63 лет в течение всей своей жизни страдала патологическим страхом с резко выраженными вегетативными реакциями перед похоронной процессией и всем, что связано с похоронами. По этой причине больная даже переменила свою профессию и всю жизнь старалась селиться подальше от кладбища. Выяснилось, что болезнь была обусловлена только тем обстоятельством, что в 5-летнем возрасте ее напугали покойником.

Всякого рода запугивания детей, как и страшные сказки, рассказываемые нянями обычно перед сном (или же пугание старшими детьми младших), в некоторых случаях могут приводить к зафиксированным (иногда на всю жизнь) невротическим состояниям в виде навязчивых страхов. Исходная причина такого рода заболевания самим больным легко может быть забыта, вследствие чего в дальнейшем он обычно пылается найти ее в чем-либо ином, нередко ставя этим врача-психотерапевта в весьма затруднительное положение. Столь же пагубное воздействие могут оказывать и разного рода суеверия. Нет сомнения в том, что путем рациональной психопрофилактики необходимо вести с этими видами «психотравматизма обыденной жизни» самую решительную борьбу.

Особое внимание должно быть обращено на борьбу с ятрогенизмом и дидактогенизмом, т. е. на профилактику заболеваний, возникающих вследствие неправильного поведения врача по отношению к больному или же педагога по отношению к учащемуся. Не меньшее значение имеет вопрос о профилактике тех перенапряжениях нервной системы, которые связаны с такими трудными моментами, как период экзаменационных сессий в вузах.

КРИТИКА УЧЕНИЯ ФРЕЙДА О НЕВРОЗАХ

Материалистическое учение о высшей нервной деятельности и строго физиологическое обоснование методов психотерапии вскрыли полную бессмысленность и порочность фрейдовского учения о неврозах и, в частности, о природе и механизмах, лежащих в основе истерического и навязчивого неврозов. Учение Фрейда и его последователей (Адлер, Штекель и др.) не только не внесло ясности, но наоборот, привело к идеалистическим извращениям в проблеме неврозов и их психотерапии.

В чем состоит порочность фрейдовской теории неврозов?

Прежде всего порочна сама методологическая установка фрейдовской теории: источник формирования личности в самой личности. В то время как научное решение этого вопроса заключается в том, что сознание с самого начала есть общественный продукт.

По теории Фрейда, первоисточником образования неврозов является некая «область бессознательного», а также «область инстинктов»,

в которой якобы совершенно исключительную роль играет сексуальный инстинкт. Сексуальность, которую Фрейд понимает чрезвычайно широко как некий общеполовой инстинкт «привлечения и удовлетворения», как «пансексуальность», — вот что, по его учению, составляет основной фактор развития невроза. (Именно это учение, по мнению Бессона, уже в детском возрасте «лида интиксаль», определяет лишь возникновение сексуального влечения вообще к противположному полу (у сына к матери, у дочери к отцу), которое в дальнейшем вызывает возникновение конфликта из-за невозможности удовлетворить это влечение. Таким путем, по Фрейду, и создаются сексуальные «материнский» и «отцовский» или «дипловый» комплексы. Возникший именно на этой основе конфликт вызывает, по его утверждению, развитие невротических симптомов. Так как «аффективное сексуальное напряжение остается неотреагированным», оно «вытесняется», отрываясь от связанного с ним представления («теория отщепления аффекта»). В дальнейшем, уже в зрелом возрасте, вытесненное (неудовлетворенное) сексуальное «прорывается в сознание» через как-нибудь (где-то и в какой-то форме существующую) «сценарную». Прорвавшееся сексуальное напряжение соединяется с другим каким-либо представлением, придавая ему ту же сексуальную значимость. Такой «прорыв», по Фрейду, и происходит в форме навязчивых представлений, главным образом страхов («инверсия»), или же в форме соматических симптомов истерического невроза («конверсия»). Невроз, развившийся в зрелом возрасте, есть, по Фрейду, «актуальный невроз», глубинная причина которого лежит будто бы не в сфере факторов внешней среды, а в неразрешенном инфантильном сексуальном конфликте.

Такие симптомы, как навязчивый невроз страха (страх загрязнения, заражения, навязчивое мытье рук и т. п.), является, по Фрейду, символом «защиты» или «очищения» от неотреагированного сексуального загрязнения. Навязчивая рвота есть, по этим представлениям, символ неотреагированного отращения к сексуальному переживанию. Трудная беременность — символ нежелания беременности, а клонимания — символ удовлетворения задержанного инфантильного сексуального влечения. Истерический «удержанный припадок» символизирует половой акт, а «типоид» — это тоже «символ сексуального соития», наподобие пассивного состояния женщины во время полового акта (Шильдер) и т. п.

«Раскрытие» невротических конфликтов (комплексов «материнского» или «отцовского») достигается психоаналитиками путем многомесячного, иногда даже многолетнего, анализа бессознательной сферы больного. Они считают, что выздоровление может произойти после отреагирования ущемленного аффекта в актуальном неврозе, который якобы без этого не может быть излечен. Таким образом, основа психоанализа лежит в раскрытии (при участии самого больного) сексуальной сущности его невроза с тем, чтобы в дальнейшем заставить его отреагировать, т. е. уже сознательно «очиститься» от «ущемленного» конфликта. Таким образом, согласно этой концепции, во всей симптоматике невротических проявлений навязчивости, главным образом фобии истерического характера, лежат корни сексуального инстинкта.

Как известно, фрейдовская теория невроза и его метод психоанализа с самого начала их существования встретили со стороны многих психиатров как у нас, так и за рубежом жестокую критику. Против фрейдовского учения о неврозах первым у нас выступил В. М. Бехтерев (1911, 1922, 1929) который считал его не только неприемлемым с практической и теоретической стороны, но и вредным для больного, которого заставляют фиксировать все внимание на сексуальных переживаниях и вить по всем сексуальное. «Надо сказать», — писал В. М. Бехтерев (1929), — что

в этой терапии есть, безусловно, вредный и даже опасный элемент, заключающийся в постоянном копании врача в сексуальной сфере больного и неадекватном при этом сосредоточении на этой сфере, которой и больной в таком случае научаются придавать преувеличенное значение. В. М. Бехтерев подчеркивает, что метод психоанализа отличается большой субъективностью, которую нельзя устранить ни в первой его части (при расспросах больных), ни во второй части (при истолковании добытых материалов).

Как известно, крайне отрицательно относились к учению Фрейда и И. П. Павлов. По свидетельству одного из его учеников — Ю. П. Фролова (1949), И. П. Павлов «возмущали разглашательства фрейдистов». В своих воспоминаниях Ю. П. Фролов приводит разговор И. П. Павлова с одним из фрейдистов, в котором пути физиологов и пути фрейдистов были образно представлены И. П. Павловым так: «когда я думаю сейчас о Фрейде и о нас, физиологах, мне представляются две партии горнорабочих, которые начали копать железнодорожный тоннель в подножии большой горы — человеческой психики. Фрейд взял направление вниз и зарылся в недрах бессознательного, а мы добрались уже до света и вылезем когда-нибудь на воздух, закончим тоннель. Непременно закончим».

Критикуя понятие о бессознательном, на котором строится все учение Фрейда, И. П. Павлов (1927) говорил о том, что «... такой важный корковый акт, как синтезирование, может совершаться и в частях полушарий, находящихся в известной степени торможения под влиянием преобладающего в коре в данный момент сильного раздражения. Пусть этот акт тогда не сознается, но он произошел — и при благоприятных условиях может обнаружиться в сознании готовым и представляться как познавший понаслышке¹. Полная несостоятельность фрейдовской теории в отношении преобладания сферы инстинктов в генезе невротических проявлений может быть подчеркнута следующим высказыванием И. П. Павлова: «... хотя жизнь животных и нас направляется основными тенденциями организма: пищевой, половой, агрессивной, исследовательской и т. д. (функции ближнего и дальнего коры) тем не менее для успешного согласования и осуществления всех этих тенденций, и неизбежно в связи с общими условиями жизни, имеется специальная часть центральной нервной системы, которая всякую отдельную тенденцию умеряет, все их согласует и обеспечивает их наимыгоднейшее осуществление в связи с окружающими условиями внешней среды. Это, конечно, большие полушария»².

Приведем несколько типичных клинических наблюдений, которые могут иллюстрировать пути выяснения конкретных условий развития постоянной навязчивости и их терапии. Остановимся более подробно на одном уже разобранном нами характерном примере навязчивого невроза в форме навязчивого мытья рук. Как стал бы рассматривать эту больную фрейдист психоаналитик? Как он толковал бы боязнь заражения и навязчивое мытье рук? Все сомнения, он трактовал бы все это как «замещение в бессознательной сфере неполученного инфантильно сексуального удовлетворения» и стремился бы бесчисленными беседами с больной «приблизиться в дебри бессознательного» в поисках «истинной» причины невроза. Анализ же конкретных средовых факторов (семейная ситуация) и патофизиологических механизмов

¹ И. П. Павлов, Лекции о работе больших полушарий головного мозга, стр. 36.

² И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 376.

(патологическая временная связь и патологическая инертность больных участков коры мозга) на основе учения И. П. Павлова в короткий срок раскрыл природу невроза и дал возможность быстро вылечить больную.

Следует отметить, что наши наблюдения подтверждают правильность давнего указания В. М. Бехтерева (1911, 1929) о том, что определенно ряд невротических навязчивых состояний не является и инверсией во фрейдовском смысле. Наши наблюдения, подтверждаемые длительным многолетним положительным катамнезом, говорят, что содержание таких навязчивых состояний определяется разнообразными раздражениями внешней среды, а отнюдь не диктуется какими-то грубыми биологическими стимулами, как это вытекает из порочной и совершенно непримлемой для нас идеалистической концепции Фрейда. Приводим другие примеры.

В диспансер Украинского психоневрологического института в 1934 г. обратилась гражданка Б., 24 лет, по поводу непреодолимого тяготения и похищению некоторых мелких вещей домашнего обихода, причем эти вещи ею не утилизируются и совершенно ей не нужны. Это влечение к хищениям без утилитарной мотивации (клептомания) возникло у нее с детских лет и приобрело характер навязчивости. Борясь с этим пагубным влечением, не раз должна была бросать службу, из-за этого ушла от любимого и любящего ее мужа, боясь признаться ему в своем «порочке». По словам больной, у нее был брат, который страдал тем же пороком.

Больная являлась в семье угнетенным существом, заявляя о нежелательности самоубийства, если она не избавится от этого «ужаса». Из беседы с нею выяснилось, что она происходила из богатой семьи, росла в довольстве, в атмосфере материнской ласки, тепла и заботы. Когда ей было 8 лет, мать ее умерла и она оказалась предоставленной самой себе, так как от отца «ни ласки, ни внимания не получала». Но «положение стало совершенно невыносимым», по словам больной, когда отец женился второй раз. С тех пор больная еще более мучительно переживала отсутствие материнской ласки, и ей было особенно тяжело видеть проявление ласки к ее подругам со стороны их родителей. Иногда она просила мамеху купить ей вещи, которые видела у своих подруг. Сначала мамеха удовлетворяла ее просьбы и покупала просимые вещи, но потом перестала это делать. Больная начала предаваться унынию, чему способствовала жалость к ней и ее брату со стороны няни, называвшей их «иротами». У больной, как и у ее брата, возникли попытки брать тайком от мамехи сладости и мелкие вещи — бантики, шарфики и пр. Заметив это, мамеха стала все держать под замком. Это глубоко возмутило и больную, и ее брата. В возрасте 14—15 лет больная очень любила всякие безделушки и украшения, подаренные ей прежде матерью, но мамеха прятала их от нее. «У меня вещи есть, но мне их не дают», — сетовала больная. Затем она стала с волнением, тайком от мамехи отпирать шкафы и брать свои вещи, когда они ей были нужны. На этой почве возникали конфликты с мамехой.

Когда ей было 16 лет, она ушла из дому, поступила на кожевенный завод и стала жить в общежитии. Здесь-то и обнаружилось ее непреодолимое влечение к похищению мелких вещей определенной категории. Началось с того, что у одной работницы она заметила шарф, точно такой же, какой был у ее матери, причем «никакая-то непреодолимая сила потянула меня взять эту вещь», — говорила больная. В течение нескольких дней она боролась с этим влечением, затем, купив себе такой же шарф, несколько успокоилась. Но, в конце концов, она все-таки взяла тайком шарф у работницы, спрятала его и тогда только почувствовала себя

успокоенной». Как занимает больная, ее влекла не вещь, а сам процесс похищения.

С этого времени и до дня прихода ее в диспансер у нее было немалое влечение брать чужие вещи, с чем она мучительно боролась: пыталась взять вещи у соседки по общежитию, внешнеюстью напоминавшей ее маму, непреодолимо влекло взять чулки, на которых была рижская марка, открытки и фотографии, напоминавшие ей о Риге, в которой она провела детство. Семь лет назад больная поступила в медицинский техникум и через несколько лет с успехом его окончила. Хотела поступить в медицинский институт, но находилась под постоянным страхом «опорочить» своим поведением, так как не ручается за дальнейшее, а «жизнь с этим пороком неминуемо тягостна».

Большой разъясненности происхождения и механизм образования навязчивого влечения и устранения тревога за будущее. Семь сеансов психотерапии, проведенной в бодрствующем и в дремотном состоянии, устранили навязчивость, а вместе с ней и постоянную тревогу и страхи за будущее. Больная уехала в бодром, оптимистическом настроении и через 4 месяца сообщила письмом, что «прежнего влечения и душевного состояния нет, самочувствие очень хорошее» (наблюдение А. Н. Мадженич).

Анализ патогенеза в данном случае не представлял больших трудностей: тяжелое эмоциональное состояние после смерти матери, перемена семейной жизни и резкое изменение жизненного стереотипа: ласковое отношение матери, ни в чем не отказывавшей дочери, и совершенно противоположное поведение мамы. Возникает окрашенный эмоцией внутренний протест и стремление брать тайком вещи, спрятанные мамой. Развивается и закрепляется страсть к присвоению всего того, что связало с детством, с Ригой, где прошло детство, и чего лишлась при маме. Все это привело к возникновению инертного очага застойного возбуждения, связанного со строго определенной группой раздражителей, подкрепляемого остро переживавшимся эмоцией протеста. Так возникла тяжело переживаемая больной клептоманическая установка, импульсивно реализуемая в строго определенных условиях, в форме навязчивых действий (частичная, избирательная клептомания).

В данном случае подтверждается указание В. М. Бехтерева (1922), что клептомания есть упрочившийся патологический сочетательный (условный) рефлекс, воспитанный в неблагоприятных условиях социальной среды, и что это заболевание отнюдь не является «врожденным» и «неизлечимым», как это было принято считать в психиатрии.

Уместно напомнить также слова И. П. Павлова о том, что «есть два способа действия»: это — «разумное действие» и «действующее» (может быть, даже прямо через подкорковые связи) под влиянием только тенденции, без того предварительного контроля, — аффективное, страстное действие»¹.

У данной больной был навязчивый невроз, в патофизиологической основе которого лежала инертность раздражительного процесса, зафиксировавшегося в определенном участке коры мозга на фоне длительной астенической эмоции. Она выражалась в форме определенной реакции на ситуацию, получавшей преобладающее и незаконное значение.

В данном случае заболевание можно рассматривать как деятельность известного пункта или района больших полушарий. Этот пункт под влиянием эмоции (иррадиация возбуждения из подкорки) приобрел домини-

¹ И. П. Павлов, Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, Медгиз, 1951, стр. 376.

рующее значение. В этих условиях при слабости коры он вызвал сильную распространенную отрицательную индукцию, исключавшую контроль, влияя на остальные части полушария.

Как этот случай стали бы трактовать фрейдисты-психоаналитики? Конечно, они усмотрели бы здесь «прорыв через „цензуру“ неотреагированного инфантильного сексуального комплекса», что и «привело к возникновению «актуального невроза», для устранения которого необходимо осуществить «очищение» (путем так называемого катарсиса или длительного психоанализа). Однако устранение навязчивого аффекта легко осуществляется путем психотерапии, основанной на физиологическом учении И. П. Павлова

Сюда может быть отнесено, например, наблюдение больной со стазофобией (см. стр. 325—328).

Больная самостоятельно не может ни стоять, ни ходить, в то время как с помощью другого лица, или держась за что-либо, может передвигаться. При этом условии она может пройти несколько километров и даже тапсать. Но при попытке лишить ее опоры больная тотчас впадает в состояние непреодолимого ужаса, у нее возникает сердцебиение, она вся покрывается потом, лицо ее бледнеет, конечности холодеют. Вследствие этого, чувствуя себя во всем вполне здоровой и полной желания работать, обреченна на бездеятельное состояние. Отсутствие надежды на выздоровление приводит к упорным мыслям о самоубийстве. Больная в течение 2½ лет, наследственность здоровая, каких-либо симптомов органического заболевания нервной системы не имеется, координация движений в лежачем положении, как и мышечная сила сохранены в совершенстве. Таким образом, весь синдром сводится к расстройству равновесия при стоянии и ходьбе с резко выраженной эмоцией страха: «Вдруг упаду!».

Сторонник психоанализа скажет, что это «сексуальный невроз», корни которого нужно искать в инфантильной сексуальной травматизации и что необходим глубокий психоанализ, в процессе которого «может произойти излечение».

Но когда мы проанализировали условия развития этого навязчивого невроза и выяснили конкретную причину (ятрогенная), то применили комбинированную психотерапию, проводившуюся по довольно сложной индивидуальной методике. Это радикально устранит имеющуюся фобию.

Мы умышленно относительно подробно описали эти случаи, чтобы показать плодотворность выявления патофизиологических механизмов и лечения, построенных на четких началах павловской физиологии, а не фрейдовской фантастики. В ряде глав мы уже описывали больных с навязчивыми неврозами, у которых, однако, была исключена роль сексуального фактора в генезе заболевания, и все они выздоравливали без помощи фрейдовского психоанализа.

Анализ всех этапов прошлой жизни больного не только исключает работу врача «в темноте» (как у фрейдистов), но и позволяет исправлять тяжелые последствия фрейдовского психоанализа. Приводим примеры.

1. Больная К., 34 лет, обратилась в 1927 г. с жалобами на чрезвычайно мучительное чувство своей неполноценности, на потерю трудоспособности и работу по принуждению, на свое «незнакомство со сложностями жизни и игнорирование их», на инфантильное отношение к жизни, упадок физических сил, понижение психического тонуса, состояние угнетения, порождаемое «сознанием непригодности к жизни». В прошлом одним врачом был проведен психоанализ, причем якобы был вскрыт «эдипов комплекс». Психоанализ длился 2 года. Но последовало не улучшение, а ухудшение, так как во время психоанализа ей разъясняли, что она «человек инфантильного отношения к жизни», что она

«непригодный к жизни, несчастный человек», и запретили ей выходить из дому. Успокаивали ее тем, что она будет себя хорошо чувствовать, когда ей будет 32 года. Слова «несчастный человек» преследовали ее до 42-летнего возраста и действительно подавляли ее. В тяжелые моменты жизни борьбы эти слова всегда всплывали: «Куда же мне бороться, ведь я несчастный человек», — и ее энергия падала. Обещанный возраст ни срок прошел, а улучшения не было, ее охватило отчаяние, депрессия, мысли о самоубийстве.

В процессе подробных анамнестических бесед нам удалось выяснить, что причины психогического состояния были неблагоприятные семейные условия и неправильное воспитание, на что и было обращено внимание в дальнейших беседах разъяснительного и перевоспитывающего характера, подкрепляемых словесными внушениями во внушенном сне. Результат трехнедельного лечения благоприятными положительными катамнезом 3½ года. Все это время была бодра и работоспособна.

Таким образом, ухудшение состояния больной произошло под влиянием травмирующих психику слов врача психопатолога. Анамнестические беседы и патогенетически правильная терапия перевоспитали больную и возвратили ее к трудовой жизни.

2. Больной Ш., 25 лет, в течение 3 лет страдает половой импотенцией, от которой 8 месяцев лечился на основе психоанализа, но это лечение закончилось «еще большим душевным гнетом», как выразился больной. Нами выяснен механизм патологического временного сдвига, возникшей под влиянием испуга во время полового акта, в виде тормозного условного рефлекса. Проведено шесть сеансов словесного внушения в дремотном состоянии, в которых внушалось забвение пережитого испуга. Это дало положительный результат: половая жизнь наладилась.

Точно так же другой больной 32 лет в течение нескольких месяцев безрезультатно лечившийся по поводу половой слабости у сторонника психоанализа, выздоровел после выяснения конкретной причины и проведенных во внушенном сне четырех сеансов словесного внушения.

Из всего сказанного видно, что простая и здоровая критическая оценка повседневных массовых наблюдений над больными неврозами говорит против выработанных Фрейдом и его последователями «положений» о сексуальном факторе, как якобы единственном и первоисточнике неврозов, о «бессознательном» как некоей области зарождения неврозов.

Итак, отрыв от реальности, неправильный учет значения социальных факторов в развитии неврозов, построение выводов на основании совершенно произвольного толкования сомнительного по своей значимости материала, признание исключительного значения в генезисе неврозов сексуального истинника и, наконец, обязательная связь с инфантильной сексуальной психической травмой — все это делает концепцию Фрейда совершенно неприемлемой.

Не может быть для нас приемлема и концепция Адлера, которая берет свои истоки от фрейдовского учения и характеризуется переинтерпретацией значения конституциональной недостаточности органов как первоисточника развития невроза. Таким образом, концепция Фрейда, Адлера, лежащие в основе современной зарубежной (преимущественно американской) психотерапии, построены на чисто умозрительных предположениях, не поддаются и в корне ошибочному подходу к больному.

Идеалистическое учение Фрейда получило широкое распространение в капиталистических странах. Как известно, в настоящее время фрейдизм пользуется особой популярностью в США. Концепция Фрейда оказалась удобной идеологам буржуазии, поскольку она содействует отвлечению

народных масс от правильного материалистического понимания психических и социальных явлений.

Более того, как известно, свои идеи Фрейд в дальнейшем вынес далеко за пределы чистой психологии и он «сексуально» оплотнял и социальные явления. Так, у Фрейда, вытепенные и переработанные в бессознательном «идеи» инстинкты и либидинозные тенденции и тобы определяют жизнь всего человеческого общества и притом на высших ступенях культурной культуры. Так, Фрейд утверждает, например, что «авиация имеет инфантильно-эротическое происхождение», а прилиптерес в сповидении «желание летать» обозначает не что иное, как «эротическое желание половой потенции». Таким образом, для всего учения Фрейда суггестивен идеалистический отрыв высшего нервного действия человека от общественной среды.

ГЛАВА XX

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛАХ ЛЕЧЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

*«... есть и душевные лекарства, которые
врачают тело».*

М. Н. М у д р о в

О ВНУТРИШЕИМ ВОЗДЕЙСТВИИ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

В высшей нервной деятельности человека роль **внутреннего** фактора может играть не только прямое словесное воздействие, но и те предметы внешней среды, которые приобрели значение условных раздражителей.

Так, в одном из наших исследований было показано, что условный раздражитель (громохание железного листа) усыплял больного, который продолжал спать в течение всего времени громохания, а после прекращения действия раздражителя больной пробуждался.

Такой эффект был с условно-предварительным словесным внушением. Именно по тем же физиологическим механизмам и тем же путем на больного начинают оказывать определенное действие не только сами лекарства, но и все эти лечебные процедуры, но и все те специфичные раздражители больничной обстановки, на фоне которых проводится то или иное лечение.

Вот почему огромное значение получают для больного не только сами лечебные мероприятия, назначаемые в лечебном учреждении, но и вся система условных и безусловных раздражителей, связанных с самим лечебным учреждением в целом. Вся структура лечебного учреждения и характер лечебных мероприятий несут некоторые черты **скрытого** психического воздействия, призванного настраивать корковую динамику больного на борьбу с болезнью. И, наоборот, в случае неправильной установки лечебной помощи, это воздействие может получить **верное** отрицательное, а не положительное значение, ведя к еще большей дезорганизации и без того ослабленной болезнью коры мозга больного.

Исходя из этого, следует признать, что применение каких-либо терапевтических средств без сопутствующих им слов врачебного воздействия (в виде разъяснений, успокоения больного, надлежащих приемов **успокоения** или **внушения**) является совершенно неправильным. Между тем многие врачи нередко совершенно упускают из виду то важное обстоятельство, что успех всякого терапевтического воздействия в известной мере обусловлен именно влиянием **скрытого** условнорефлекторного

ного фактора. Все без исключения лечебные средства воздействуют на больного не только прямым образом, т. е. с помощью физико-химических свойств (проверенным, например, в опытах на животных), но также через посредство чувствительных нервных и письменных влияний и т. д. Поэтому при общетерапевтическом действии различных медикаментозных средств это обстоятельство необходимо постоянно учитывать, так как эффект действия лекарственных веществ оказывается значительно более мощным и глубоким, чем это принято думать.

Поэтому, если врач не отдает себе отчета в том, как велика роль и значение косвенного воздействия, оказываемого тем или иным терапевтическим приемом непосредственно на кору мозга больного, а через нее и на весь организм, то он легко может впасть в ошибку, поскольку полученный терапевтический эффект фактически складывается в значительной степени обусловленным воздействием прямого или косвенного внушения.

Чтобы осветить эти вопросы, имеющие глубокие корни в условиях повседневной клинической практики, мы можем в качестве примера сослаться на сопоставление результатов обезбоживания родов, достигавшегося двумя различными способами — медикаментозным и путем косвенного внушения.

Для выяснения степени участия в медикаментозном методе психического влияния К. П. Проньева провела следующее наблюдение.

У 130 рожекниц она применяла медикаментозный метод, но с нарочито формальным подходом, выражавшимся в том, что лекарственные вещества вводились без всякого предварительного воздействия на психику рожекниц, т. е. без разъяснения значения применяемого средства и т. д. В результате были получены следующие данные (по пятибалльной системе): оценка 5—у 7,6%, 4—у 15%, 3—у 31%, 0—у 46%. Едва ли нужно комментировать эти данные, они говорят сами за себя.

Приведем еще одно не менее интересное сопоставление.

На Ереванском съезде акушеров и гинекологов (в сентябре 1939 г.) был предложен поразивший всех своей эффективностью, простотой и легкостью применения метод обезбоживания родов при помощи наложения банок на область зон Шегирева-Леда. Сопоставляя результаты обезбоживания родов путем косвенного внушения (197 женщин) с итогами применения Банок (143 женщины), были получены следующие данные (табл. 6).

Таблица 6

Метод обезбоживания	Число рожекниц	Результаты в % оценка по пятибалльной системе			
		5	4	3	0
Банки	143	47,5	40,5	8,9	4,8
Косвенное внушение	197	33	28	24	15

Можно полагать, что при обезбоживании родов путем постановки Банок на область возникающих при родовых болях болевых зон могли иметь место два физиологических механизма: 1) отпугивающая индукция, вызываемая очагами возбуждения кожного анализатора от раздражения банками, и 2) условнорефлекторный механизм скрыто действующего косвенного внушения, на долю которого, как видно из табл. 6, падает примерно третья часть полученного успеха.

Вот почему, когда нам говорят, например, что «нарков является и, с красным методом в особенности потому, что роженицы чрезвычайно легко поддаются напугу и нередко засыпают достаточно глубоко от 5—8 капель хлороформа, чтобы не чувствовать боли» (К. К. Сиробаскин, 1930), у нас невольно возникает другая мысль. Роженицы засыпают от 5—8 капель хлороформа не потому, что они очень восприимчивы к нему, а в связи с тем, что эти 5—8 капель в большинстве случаев сопровождаются словами успокоения и усыпления. Кроме того, здесь сказывается влияние как словесного внушения, так и самовнушения. Напомним, что еще в 80-х годах прошлого столетия Берггейм говорил о двукратном действии хлороформа в тех случаях, когда больные крепко засыпают уже после двух-трех дыханий, и дальнейшее смачивание маски какой-либо индифферентной жидкостью, способно поддерживать «наркозу». Любопытным можно считать, что в таких случаях чем больше будет произнесено усыпляющих «наркотизирующих» слов, тем меньше понадобится капель эфира или хлороформа и тем скорее они подействуют.

Следует отметить, что предпосылки к применению для обезболивания родов метода косвенного внушения у нас имелись со стороны как клинико-экспериментальной, так и теоретической. Так, наша соотечественница Р. Н. Шлиффер (1924) наблюдала, как прием половины стакана чистой воды под видом «портвейна» вызвал падение сил и ослабил интенсивность пота у одной из рожениц. Выше уже говорилось о том, что приемом укропной воды оказывалось возможным прекратить в течение нескольких дней психогенную полидипсию и полиурию двенадцатилетней давности у больного, стационарированного в госпитальной терапевтической клинике с диагнозом «сахарное мочеизнурение».

Напомним, что И. П. Павловский (1927) успокаивал возбужденную роженицу с затяжными сухими родами и быстро устранил боли, вызвав в качестве «обезболивающего» поданную клизму. Позднее психиатр Ю. В. Кашиных и терапевт В. Ф. Зеленин (1937) инъектировали подкожно стерильную воду под названием «терморегулин», который якобы повышал температуру тела; при этом у ряда наблюдаемых ими больных температура, действительно, повышалась. Дерматологи А. И. Каргамышев и Н. Г. Базюк, Бонжур, Грумах (1930), Блох (1929) и др. устранили бородавки косвенным внушением. У нас Е. Н. Закаменная устраивала бородавки во внешнем слое, смачивая их водой, что сопровождала соответствующим словесным внушением, при этом в 10 случаях из 12 был положительный результат. Психиатр Блейлер (Bleuler) наблюдал повышение температуры у некоторых больных туберкулезом после инъекции им воды под видом «туберкулина».

Все это дает основание считать, что в скрытой форме внушение почти всегда сопутствует любому медикаментозному методу лечения, причем этот скрытый психический фактор, действующий по механизму условного рефлекса, может придавать индифферентному веществу, действительно, лечебное свойство или же усиливать (или ослаблять) действие без условных лечебных средств.

В косвенном словесном внушении нужно видеть также возможную причину неустойчивости степени эффективности одних и тех же средств у различных врачей (а часто и у одного и того же врача, но при разных состояниях корковой деятельности больного).

Все это говорит о том, что при оценке преимуществ того или иного медикаментозного средства необходимо учитывать фактор скрытого внушающего воздействия и не обольщаться убеждением, что при применении этого метода (или средства) «внушения исключено». Вместе с тем мы видим, что применение медикаментозных средств без психотерапевтического

влияния врача повышает их эффективность. Этим подчеркивается необходимость, наряду с повседневным положительным психическим влиянием на больного, использовать путем соответствующих словесных воздействий эффективные механизмы психических и других средств, ибо именно все это лежит в основе того полноценного подхода к больному, который в наши дни должен быть признан обязательным для каждого врача.

Врач далеко не всегда достаточно учитывает ту роль, какую может играть внушающее воздействие при применении всякого рода психических лечебных препаратов или методов лечения, якобы дающих «чудодейственный» терапевтический эффект.

Факты переоценки врачом терапевтической значимости того или иного лечебного мероприятия нередко объясны своим предположением именно тому суггестивному действию, какое оказывает на больного их применение (так же как и тот специальный ритуал, с которым в отдельных случаях может быть связано их применение).

Этим в значительной мере объясняется наблюдаемое в свое время увлечение ныне совершенно оставленными металло-, протезно-, лакто-терапией и т. п., которое в наши дни отмечается в отношении лечения самых разнообразных по своей природе заболеваний методом блокады, аутогемотерапии, тканевой терапии, введенным микродозом жидкого или пенацилина в спинномозговой канал и т. п. В таких случаях зачастую бывает даже трудно определить, что именно в наступившем (нередко весьма быстро!) терапевтическом эффекте должно быть отнесено за счет воздействия самого препарата как такового, и что за счет переживания больного. Тем более при этом следует учитывать обусловленным заболеванием резко сниженный тонус коры мозга больного, «установку на врача» и повышенную внушаемость.

Итак необходимо считаться с тем, что в деятельности каждого врача может иметь место самая подлая ауто суггестия, от которой врач может быть застрахован в полной мере в том случае, если будет твердо знать (и постоянно учитывать в своей деятельности), что внушаемость есть свойство, постоянно присущее каждому больному, и что в результате внушающего воздействия в организме больного могут возникать самые разнообразные физиологические и биохимические изменения.

Вот почему формула «помогает, значит лечит», на основе которой нередко строится наименее реалистическое мышление начинающего (да и не только начинающего) врача, должна быть подвергнута критическому анализу. Что же именно помогает в процессе лечения: сама гипнозия, получаемая больным, или же слова врача, сопровождающие ее прием?

На страницах медицинских журналов можно встретить статьи, в которых указывают, что критерием положительного эффекта тканевой терапии было «длительное и полное исчезновение боли», «уменьшение боли и числа приступов», «изменение характера боли», причем «высказывается», что «в отдельных случаях боли прекращались в первую же ночь после подсадки». Одавая должное методу тканевой терапии, мы тем не менее не вправе игнорировать ту роль, которую при нем, как и при любом другом терапевтическом мероприятии, неизбежно играет второстепенный фактор, т. е. скрытое внушение.

ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Психотерапия в клинике органических заболеваний нервной системы может применяться:

1) при возникновении сопутствующих этому заболеванию соматогенных невротических наслоений,

2) при психогенной невротической реакции больного на органическое поражение нервной системы;

3) в целях дифференциальной диагностики психогенно возникающих психических нарушений органических.

В. М. Беккерен (1911) указывал, что «... при всяком органическом заболевании нервной системы имеются расстройства, обусловленные с одной стороны функциональными изменениями соседних или более удаленных участков нервной ткани...», и что «этим самым и дается возможность некоторого влияния гипнотических внушений на нервные порождения органического происхождения».

Однако применение психотерапии не должно в этих случаях отвлекать внимания невропатологов, а тем более не должно давать повода к ошибочному диагностированию основного заболевания нервной системы, ибо в отдельных случаях указанные выше невротические явления нередко обнаруживаются задолго до появления самой органической симптоматики, приобретая неврастенический, психастенический или истерический характер. Такая симптоматика невроза, возникшего на базе органического заболевания нервной системы (соматогенный невроз), может явиться в силу того же даже симптомом невропатологии. Поэтому диагноз органического заболевания нервной системы нередко устанавливается только при дальнейшем развитии основного заболевания и тогда лишь на специфичном этапе. Но и в это время все же бывает при наличии охвата головного мозга, что наблюдается рядом авторов [Ома (Тюмаз), 1903; Вигуру (Вигуринов), 1913; и др.] а также нами. Наконец, следует отметить, что при закрытых травмах черепа может иметь место также смена психической и психической травмы.

Возникновение такого соматогенного невроза, который приводит к астенизации коры мозга, конечно, вносит в клиническую картину основного первичного заболевания большее или меньшее осложнение, создавая новую дополнительную патологическую симптоматику. Естественно, что во всех этих случаях психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии (с применением прямого или же косвенного внушения), а особенно во внушенном сне, может оказывать положительное воздействие, устраняя возникшее нарушение корковой динамики и тем самым повышая тонус коры мозга и вселяя в больного уверенность в успехе лечения.

Что касается невротической реакции больного на органическое заболевание нервной системы, то она чаще всего может возникать у лиц, относящихся к более или менее слабому или ослабленному типу нервной системы.

Как свидетельствует наш опыт, в ряде случаев применение психотерапии может быть полезно также для устранения или ослабления таких явлений, как таблические гастрические кризы, если только больной хорошо подготовлен. Далее, известны случаи эффективности психотерапии, хорошо поддающихся гипнозу больных в начальных стадиях рассеянного склероза. Таким путем может быть ослаблена на более или менее длительные сроки ин функция двигательного аппарата (парезы, параличи, дисартрия, интенционное дрожание и т. п.), о чем говорят литературные данные и наши наблюдения.

Сказанное может быть иллюстрировано некоторыми исследованиями Р. М. Яценяк, проведенными в 1953 г. в неврологическом отделении Харьковской второй городской больницы. Эти данные свидетельствуют о том, что словесным внушением, действительно, могут устраняться невротические симптомы, сопутствующие органическим заболеваниям центральной нервной системы. Кроме того, могут устраняться также прямые психогенные невротические реакции на эти заболевания. С этой

сна. В отдельных случаях успех был также отмечен и без усиления больного, т. е. при таких же внушениях, но в бодрствующем состоянии.

Успешность гипносуггестивной терапии в таких условиях наблюдалась у большого числа больных. Путем проведения ряда сеансов «тренировочных упражнений в гипнозе», действительно, оказывается возможным вызвать у этой категории больных как ослабление имеющегося пареза или паралича, так и ускорение восстановления движений. Иначе говоря, путем словесного внушения во внутреннем сне было достигнуто то, чего нельзя было получить в состоянии бодрствования.

Приведенные факты подтверждают указания В. М. Бехтерева (1911), что применение гипнотического внушения при органических процессах находит себе иногда довольно благодарную почву, которая по всей вероятности расширится еще со временем при дальнейшем изучении гипнотического внушения.

Как мы уже отмечали, невропатологам нередко приходится иметь дело также с чисто психогенными заболеваниями нервной системы, зачастую ими ошибочно принимаемыми за органические. Многолетние наблюдения, как наши лично, так и наших сотрудников, говорят о том, что невропатологи иногда ставят диагноз «энцефалита», «диэнцефалита», «энцефалической», «арахноидит» и т. п. при симптомах и синдромах, обусловленных теми или иными чисто функциональными нарушениями корковой и подкорковой динамики. Такие симптомы могут быть связаны с деятельностью различных анализаторов, в том числе кинестетического (гиперкинезы, параличи), и с вегетативной нервной системой. В таких случаях при решении диагностической задачи положение даже опытных невропатологов нередко оказывается крайне затруднительным.

Все эти трудности легко могли бы быть устранены, если бы невропатологи систематически учитывали роль психогенных факторов, что, нужно сказать, нередко совершенно ускользает от их внимания, а иногда и просто игнорируется ими. В таких случаях углубленная ампатетическая беседа может иметь весьма важное значение вспомогательного диагностического средства, в особенности если она проводится во внешнем сне, при котором могут быть быстро получены необходимые ответы на поставленные врачом вопросы. Для иллюстрации приведем ряд примеров.

1. Больная К., 28 лет, обратилась с жалобами на спастическую кривошею годичной давности, причем голова больной повернута в крайнее правое положение и несколько закинута назад. Такое же положение головы сохраняется у больной и во время сна, что дало врачам основание считать заболевание органическим. В течение целого года неработоспособна, поликлиническое лечение безрезультатно, переведена на инвалидность. Причиной психической травмы из-за незаслуженного оскорбления, полученная на производстве во время конвейерной передачи керамических плиток, связанной с постоянными вынужденными поворотами головы вправо и несколько назад. В момент психической травмы голова находилась именно в таком положении, которое в дальнейшем зафиксировалось (рис. 85).

Больная была направлена на психотерапию. Внушение, проводившееся в дремотном состоянии, с первого же сеанса дало постепенно нарастающее улучшение. Через две недели после лечения заболевание было устранено. Больная была выписана и приступила к работе. Демонстрировалась на конференции диспансера (наблюдение Ф. Б. Цойкинской).

Аналогичный случай мы описали выше (стр. 100), когда спастическая кривошея 8-летней длительности, также признававшаяся следствием

органического заболевания нервной системы, была устранена двумя сеансами гипносуггестивной терапии. Она не подлежит заслуживающему особого внимания, так как в некоторых учебных руководствах по болезням нервной системы нет указаний как на возможность психогенеза, так и эффективности психотерапии (например, в учебнике Л. О. Даркиевича по нервным болезням (1954) и в учебнике М. Б. Пуховича и Е. И. Шмидта, 1954). Кроме того, в учебнике «Психическая терапия» (1954) по нервным болезням Л. О. Даркиевича (1914) имеется даже прямое указание на то, что в этом случае применение гипнотерапии.. рекомендоваться нами не может».



Рис. 85. Психогенная кривошея до (а) и после (б) гипносуггестивной терапии.

Впервые положительный эффект психотерапии кривошеи был отмечен еще в 1910 г. Мором (Morr). Однако это не привлекло к себе должного внимания невропатологов, вследствие чего многие из них до сих пор склонны считать врожденную кривошею заболеванием органическим, весьма трудно поддающимся лечению и притом с малой надеждой на успех. К такому ошибочному выводу неизбежно приходят все те, кто игнорирует не только возможность психогенеза, ведущей к развитию в коре мозга патологически инертного очага возбуждения, лежащего в зоне кинестетического анализатора, но и возможность устранения этого «больного пункта» путем психотерапии.

Приводим примеры более сложных расстройств функций кинестетического анализатора, возникающих в форме стереотипных навязчивых судорожных движений (гидов). Начнем с наблюдения, уже упоминавшегося нами выше (стр. 101).

2. Больная К., 23 лет, поступила с жалобами на беспрестанные кивательные движения головы (так называемая сазамова судорога), которые усорно держатся в течение нескольких недель и не поддаются обычному лечению бромидом, поллютными препаратами и электризацией. Непроизвольные сокращения шейных мышц появились после пережитого испуга, связанного с падением наваничь из трамвайного вагона. В тот же день развились своеобразный гиперкинез в форме кивательной судороги. При первом же сеансе психотерапии, проведенном во вынужденном сне, во время засыпания движения стали ослабевать и во сне прекратились совершенно. Было произведено словесное внушение успокоительного характера: «Испуг при падении забыт! Вы успокоились, воспоминание о падении вас не волнует, кивание прекратилось и не будет больше».

повторяться! Больная проснулась без кивательных движений, результат полученный отрицательный. Через 12 лет мы встретили большую судорожную реакцию.

Такие истории встречаются чрезвычайно редко. В данном случае их можно было бы рассмотреть как зафиксированную реакцию защиты реакции. Однако можно считать патологическую инертность возникшую в кинестетической зоне коры мозга очага чрезмерно концентрированного гостя возбуждения.

Приведем два случая более сложного судорожного гиперкинеза ошибочно принимавшегося за заболевание органического характера.

3. Больная А., 42 лет, обратилась в 1930 г. с жалобами на тик лица, шеи и левой руки (*n. facialis et n. accessorii sin.*), которым страдает с раннего детства. Заболевание развилось в детские годы после ряда очень тяжелых потрясений: смерть отца и матери, последующее резкое ухудшение материальных условий. Когда окружающие обратили внимание на ее заболевание и было начато лечение, больная была в возрасте 8—9 лет. Физико- и фармакотерапия были безуспешны. Ставился диагноз «дегенеративная неврастения». Больная отмечает, что ручной труд (вышиванье) вносил успокоение и давал ей возможность временно «брать себя в руки», однако лишь на самое непродолжительное время. В дальнейшем она утратила способность воспринимать таким путем свое состояние. Во время войны 1914—1916 гг. у нее были тяжелые переживания, в результате чего подергивания усилились и уже ничем не устранились.

Летом 1928 г., когда больная была в Ессентуках, где лечилась по поводу заболевания печени, подергивания ее «совершенно измучили», причем на шее от частых подергиваний образовались болезненные точки, а затем присоединилась бессонница. Она решила прибегнуть к помощи психотерапии.

«На сеанс гипноза я пришла совершенно больной, душевно разбитой, это было последнее, на что я надеялась. Результат этого сеанса «был изумителен: тик прекратился, все болезненные точки исчезли, настроение стало прекрасным, сон восстановился». Тик появился вновь только после пережитого ею в конце следующего года большого горя, вследствие которого, кроме тика и бессонницы, возникла «слезливость, которую ничем нельзя было устранить». Она обратилась к другому врачу, лечившему гипнозом, и он ей помог: «После сеанса слезы прекратились, тик прошел, но на этот раз срок был менее продолжителен. Через 3 месяца тик возобновился».

После проведенных нами двух сеансов внушения во внутреннем сне тик прекратился, восстановился нормальный спокойный ночной сон и бодрое душевное состояние. Больная вернулась к своей работе. Однако тяжелая болезнь, а затем и смерть близкого ей человека снова выбили ее из колеи. Тем не менее тик не возобновился. Через 4 года сообщила, что чувствовала себя все эти годы хорошо.

4. Больной Ю., 19 лет, направлен в психоневрологический диспансер Дованской железной дороги с диагнозом «энцефалит». Жалобы на постоянные подергивания туловища и главным образом головы, появившиеся около 5 месяцев назад. Подергивания проявляются при разговоре и при волнениях и, начиная с головы и шеи, распространяются на все туловище, локализуясь больше на левой стороне тела. Сначала появляются единичные местные подергивания, переходящие затем в судорожные сокращения тикоподобного характера, а движения головы и туловища носят как бы оборонительный характер. Во время беседы движения непрерывно меняются в своей интенсивности, резко усиливаясь при волнении. Иногда эти пассивные движения на короткое время прекращаются и

больной некоторое время спит спокойно, но в напряженной позе, как бы ожидая наступления новых судорожных приступов.

Из анамнестической беседы выяснилось, что принюхавшись к девушке, за которой он ухаживал, из реальности плеснула ему в лицо какой-то кислой жидкостью, попав при этом в левый глаз и рот. В связи с этим он падал в больницу. После выписки появлялись незначительные насильственные движения головы в виде откидывания в сторону и частого мигания век. Под влиянием лечения данные явления стали ухудшаться. Под влиянием этого больной стал злоупотреблять алкоголем, что еще больше ухудшало его состояние. Насильственные движения проявлялись и ночью, в связи с чем последнее время больной не мог даже сидеть, не мог есть — с трудом удерживал ложку.

В соматическом статусе, кроме компенсированного порока сердца, отклонений от нормы нет. Наследственность без отягощений. Мы предположили, что гиперкинез является функциональным и связан с психической травмой.

Применена психотерапия с мотивированными внушениями, направленными на изменение пережитого влияния. Больная оказалась чрезвычайно отзывчивой, после 2-го сеанса психотерапии во внушенном сне наступило улучшение, а после 3-го сеанса гиперкинез прекратился. Для закрепления результата проведено еще четыре сеанса. Уехал в хорошее состояние. Последующий катамнез 20 лет; рецидивов не было (наблюдение А. Е. Бремлани).

Все эти примеры говорят о необходимости иметь в виду и психогенную форму гиперкинезов, при которой расстройства функций кинестетического анализатора легко поддаются воздействию психотерапии.

Далее, следует иметь в виду, что имеется группа неврозов, основным проявлением которых является боль. Это обстоятельство весьма часто служит причиной диагностических ошибок. Больных с различными психическими расстройствами, как и вообще с преобладающим в их симптоматике вегетативным компонентом, как правило, направляют в неврологическую клинику, так как считается, что такого рода заболевания имеют органический характер. При этом не учитывается, что невралгии могут быть и психогенными, проявляясь как моносимптомно, так и входя в симптомокомплекс общего психогенного невротического заболевания.

В таких случаях психотерапия безусловно показана.

1. Больная С., 35 лет, обратилась с жалобой на то, что после смерти двух ее детей у нее появились приступы зубной боли в области всех верхних зубов с иррадиацией по всему лицу. После безрезультатного применения фармако- и электротерапии были экстрагированы все верхние зубы. Но это не помогло, так как боли того же характера продолжались, особенно обостряясь при волнениях. Такое состояние длится в течение 3 месяцев.

Применена психотерапия с внушениями, сделанными во внушенном сне. «К потере детей относитесь спокойно, с мыслью об этом вы уже примирились, боли исчезли, так как они были обусловлены вашим переживанием!» После трех сеансов таких внушений весь болевой синдром был полностью устранен. Больная находилась под наблюдением в течение 5 лет (катамнез положительный).

Таким образом, мы видим, что в данном случае экстрагирование всех верхних зубов было прямым следствием и прямым подтверждением стоматологами того, что в основе данного страдания может быть психогения.

2. Больная Т., 72 лет, обратилась в 1933 г с жалобами на постоянные приступы правосторонней невралгии тройничного нерва, которыми

страдает на протяжении 16 лет. Электро- и фармакотерапия были безрезультатны. Дважды лечилась в клинике нервных болезней, но все это дало лишь небольшое улучшение и притом на короткие сроки. Отмечалась усиленная потливость височной области и полное прекращение боли в летнее время, в особенности во время пребывания в Крыму. Однако после выезда из Крыма, с осеней боли возобновлялись с прежней силой. И только спустя несколько лет, мы случайно узнали от ее дочери, что начало боли было связано с тяжелыми переживаниями, имевшими место в 1917 г.

Это послужило основанием к применению психотерапии, которая дала быстрый и положительный эффект: четыре сеанса во внушенном сне устранили боли, которые не возникали в течение 2—3 месяцев. Таким же путем в последующие годы больная получала временную, но существенную помощь, в то время как другие терапевтические мероприятия эффекта не давали.

Мы полагаем, что если бы словесное внушение было применено в начале заболевания, то можно было бы рассчитывать на получение прочного эффекта.

3. Больная А., 28 лет, обратилась с жалобами на невралгию всех ветвей левого тройничного нерва. Она отмечает, что после трех сеансов гальванизации нерва боли еще больше усилились, а синий свет и тепло давали облегчение лишь на 1—2 часа. Были основания думать, что боль шла от испорченного зуба, в связи с чем этот зуб был удален, но и это не принесло облегчения. При расспросе больной была установлена психическая травма: все эти явления у нее возникли вскоре после того, когда она узнала от врача-педиатра, что у ее ребенка порок сердца (острый эндокардит). С этим моментом и совпало начало невралгии тройничного нерва. Считая эту невралгию реакцией на психическую травму, мы применили психотерапию в виде мотивированного внушения в глубокой дремоте. После пробуждения наступило значительное улучшение. После 2-го сеанса невралгия прекратилась, причем отношение больной к болезни ребенка стало значительно более спокойным. Через 2 месяца явилась к нам и сообщила о своем хорошем самочувствии.

4. Больная 39 лет обратилась с жалобами на головные боли, бессонницу и т. д. Диагнозы невропатологов: «неврит левых затылочного и тройничного нервов», «саразгондит». Соответствующее лечение безрезультатно. Так как было установлено наличие недавно полученной психической травмы (известие о гибели ее сына), проведено пять сеансов психотерапии во внушенном сне. Больной внушалось «успокоение» и «примирение с происшедшим», что привело к полному устранению всего синдрома. Положительный безрецидивный катамнез 8 лет.

Следует отметить, что в некоторых руководствах по нервным болезням упоминается о психогенных невралгиях, но на практике невропатологи обычно упускают из виду это обстоятельство, вследствие чего единственно патогенетически правильная в этих случаях психотерапия, как правило, не проводится.

Какой физиологический механизм может лежать в основе устранения психогенных невралгий путем психотерапии?

Понятно, здесь имеет важное значение устранение внешнего психического фактора как причины развития данной вегетической патологической симптоматики. Далее, можно полагать, что не менее важную роль играет отрицательная индукция, «смыкающая» корковый болевой пункт локализации в области «левого» анализатора и связанным с данным участком иннервации кожи головы.

Приведем примеры нередко встречающихся диагностических ошибок другого рода

1. Больная Ф., 19 лет, обратилась в диспансер с жалобами на страх сойти с ума, на боязнь переходить улицы, площади, на невозможность из-за страха выходить одной из дому. При переходе улицы или площади испытывает тягостные ощущения: «мозги шевелятся, сердце бьется, сжимает грудь, в глазах темнеет, ноги подкашиваются, все тело слабеет, дрожит в груди и в животе». Вместе с тем жалуется на головную боль, приступы головокружения, усиление слуховых ощущений. Невропатолог поликлиники поставил диагноз: «нейроинфекция», в связи с чем запретил заниматься в институте и провел курс дегидратационной и дезинтоксикационной терапии, но без всякого эффекта.

Действительная причина болезни: 2 месяца назад была разбужена среди ночи салютным взрывом в окно. Находясь в проточном состоянии, получила телеграмму о случившемся с ее братом несчастье. В связи с этим у больной возник сильный испуг, спутались мысли, почувствовала как «мозги зашевелились», показалось, что соходит с ума. С тех пор развился описанный реактивный невротический синдром.

Больная инфантильна, ослабленного питания, отличается тревожно-мнительным характером, застенчива и боязлива, что позволяет думать о слабом типе ее нервной системы. В неврологическом статусе патологических нарушений не обнаружено.

Проведено 12 сеансов словесного внушения, вначале в глубокой дремоте, а последние сеансы во внушенном сне. После первых трех сеансов (в глубокой дремоте) больная почувствовала себя значительно лучше, исчез страх сойти с ума. После последующих сеансов весь синдром стал постепенно исчезать и больная стала вполне здорова (могла посещать институт, сдала экзамены на «отлично» (наблюдение М. И. Кац-пур).

2. Больная Т., 40 лет, находилась в неврологическом отделении больницы по поводу «грудинно-пояснично-крестцовой полифункуло-невралгии с резко выраженным сколиозом, форма инфекционная, группа по степени тяжести третья». Считает себя больной 2 года, начало заболевания связывает с «простудой», лечилась на Славянском курорте по поводу радикулита, получала ультрафиолетовое облучение, парафиновые аппликации, диатермию. Это дало незначительное улучшение. Возвратившись в семью сестры (врача-невропатолога), начала интересоваться медицинскими книгами. Вниманию ее привлекли статьи о радикулитах и спондилитах. Вскоре начала находить у себя симптомы, о которых она узнала из литературы, перестала двигаться из боязни, что у нее спондилит, и пролежала в постели 2 года из-за непрерывных сильных поясничных болей.

Неврологический статус: резкое исхудание, спонтанные и провоцируемые боли (болевыи точки, симптомы вытяжения) корешково-стволового типа, выраженные рефлекторно-тонические симптомы (напряжение мышц спины, сколиоз выпуклостью влево и др.), слабо выраженный симптом Ласгетта, торпидные ахилловы рефлексы. Во время 2-месячного пребывания в больнице получила курс физиотерапии (циолетовые ванны, диатермия). Отмечалось некоторое улучшение, но боли, спонтанные и возникающие при исследовании, так же как и рефлекторно-тонические симптомы с вынужденным положением туловища, продолжали сохраняться. Больная находилась в постели.

Мы предположили стойкую патологическую фиксацию болевого синдрома и после консультации с психоневрологом перевели ее в отделение неврозов для гипнозотерапии. После восьми сеансов внушения проводившихся во внушенном сне спонтанные боли полностью исчезли, боли при исследовании стали незначительными, исчез талинг

сколиоз. Больная начала свободно ходить и вскоре была выписана в хорошем состоянии, причем мышечная напряженность и сколиоз были полностью устранены. При периодических контрольных осмотрах в течение 3 последующих лет было установлено, что боли больше не возникают, работоспособность полная (наблюдение К. И. Лавровой).

Итак, у больной были непростительные проявления на фоне свойственной ей значительной вегетативной лабильности. Занимаясь чтением медицинской литературы, больная этим еще более углубила свое невротическое состояние. Психотерапия быстро и полностью сняла как имевшиеся у нее сколиоз, так и спонтанные боли. Сохранение болевого синдрома (после прекращения местного процесса), повидимому, было обусловлено наличием очага хронического возбуждения в коре головного мозга.

3. Больной П., 29 лет, обратился с жалобами на боли в пояснице и в левой ноге, на затруднения при ее сгибании и разгибании, причем вся левая половина тела «немая и легко мерзнет». Не может сидеть с уклоном в левую сторону. Во время сна ощущает сдавливание в горле («трудно глотать»), при письме трясется рука, бывают головокружения. Болен в течение 2 лет, до того был вполне здоров. Заболевание связывает с тяжелыми переживаниями (внезапное заболевание и смерть отца, тяжелое материальное положение семьи). В эти дни и начались острые боли в пояснице. Был направлен на лечение в Сочи, где хорошо поправился, боли прошли.

В течение всего следующего года чувствовал себя удовлетворительно, но боли снова слегка поблизивали. К концу года получил новое известие об осложнившемся материальном положении его малолетних братьев, помочь которым не мог, что сильно переживал. Снова начались боли в пояснице и поднялась температура (до $38,0^{\circ}$), вследствие чего был помещен в стационар, где пролежал месяц с диагнозом «ишиас». Лечился диатермией, эфиром снотом. Был выписан с теми же болями в пояснице и левой ноге, но к этому прибавилась общая раздражительность, состояние тревоги, пониженная работоспособность, дрожание рук.

Объективно: рефлексы резко повышены, болезненная точка при пальпации в поясничнокрестцовой области слева, нерезко выраженный симптом Ласега, заметная гиперестезия по всей левой половине тела. Отмечает, что появилась «непослушность» к получаемым им замочаниям по службе.

Ввиду наличия ряда тяжелых психических травм был проведен сеанс психотерапии в бодрствующем состоянии. Вступалось спокойное отношение к трудностям жизни. Это дало облегчение: больной стал спокойнее. После лечения уехал на летнюю практику, где пробыл месяц, однако по утрам боли в пояснице продолжались. После возвращения с практики снова направлен на амбулаторное лечение: получал диатермию, но после нее чувствовал себя хуже. Вновь стационарирован на один месяц, однако никакого улучшения не наступило. Боли в ноге обострились настолько, что самостоятельно не мог разуться, спать мог только на правом боку. Диагноз: подострый ишиас. Четко выраженный симптом Ласега. Рефлексы ахиллов и коленный обеих ног повышены, больной волочит левую ногу и ходит, согнувшись.

Так как имелись основания предположить, что ишиалгия была эмоциогенной, начаты сеансы психотерапии. Легко пришел в состояние гипотаксии. Словесные внушения, которые проводились в этом состоянии, были направлены на устранение симптомов ишиаса. После первого сеанса больной смог слегка выпрямиться, ногу сгибает и разгибает свободно, но в отмеченных выше болевых точках сохранялась легкая болезненность. Рекомендован массаж и вытяжение ноги. На следующий день сообщил,

что ночью, впервые за все время болезни, спал «очень хорошо» и во время сна мог поворачиваться на больной бок. После 2-го сеанса наступило значительное улучшение: боль не беспокоит, восстановилась работоспособность, ставит вопрос о продолжении учебы. После 3-го сеанса отметил, что «уже чувствует себя вполне хорошо», занятия идут успешно, прекрасная работоспособность, «ни похотица, ни вога не беспокоят».

Четвертый месяц сообщил, что здоров и работоспособен. За это время перенес большие волнения в связи с утерей им некоторых важных документов, плохо ел, болела голова, но все же физическое самочувствие было хорошее. Вскоре документы нашлись, после чего он быстро успокоился. Положительное влияние гипноза на истерички даны Голландером (1923) по поводу правил жизни и поведения о психических болезнях в состоянии (С. С. Каткова).

Во всех приведенных выше наблюдениях диагнозы «нейроинфекция», «полиуникулонефрит», «подострый энцефалит» и т. п. оказались несостоятельными. Неврологические проявления в виде эпилепсии, паросимпатии, общей разрядчивости, требовали медицинского наблюдения и вмешательства психическими методами.

ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Отечественные психиатры издавна уделяли внимание положительному психическому воздействию на душевнобольных. Большое значение этому в свое время придавал еще С. С. Корсаков (1901), указывая на необходимость повседневной предупредительной заботы о разных мелочах их жизни, о целесообразности бесед с ними и пр. Он ставил также вопрос о применении при некоторых психических заболеваниях гипносуггестивной терапии. Так, в своем «Курсе психиатрии» С. С. Корсаков подчеркивал, что этот метод оказывается иногда полезным при некоторых формах меланхолии. «Мне приходилось видеть случаи, — говорил он, — где во второй половине болезни, выражавшейся в меланхолическом состоянии и резких бредовых идеях, наступало чрезвычайно быстрое исчезновение и бредовых идей и тоски после применения гипнотического лечения». Того же мнения держался и В. М. Бехтерев (1911). Кроме того, как С. С. Корсаков, так и В. М. Бехтерев весьма важное значение придавали успокоению больного, улучшению его настроения и другим мерам психического воздействия врача на больного.

Все это в наши дни получило свою особую значимость в свете учения И. П. Павлова об охранительном режиме, необходимом для слабых корковых клеток психически больного. Как говорит И. П. Павлов, «... уже сознаваемое больным нарушение своих человеческих прав, заключающееся частью в ограничении свободы, частью в естественном и почти неизбежном третировании пациента, как неминуемого»¹, не может не представлять собой «серьезных ударов» по его слабым корковым клеткам.

На ленинградском съезде психоневрологов А. В. Гервер (1925) сообщил об удачном применении им гипносуггестивной терапии при депрессивных фазах маниакально-депрессивного психоза, при инволюционных депрессиях с бредовыми идеями и без них. Повидимому, в этих случаях речь могла идти о психогенных депрессивных состояниях.

Из зарубежных авторов, применявших гипносуггестивную терапию у психически больных, нужно упомянуть Вуазена (Voisin, 1897), Кауфмана (Kaufmann, 1920), Голландера (Hollander, 1923). Последним ле-

¹ И. П. Павлов, Двадцатипятилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных, М.-Л., 1951, стр. 329.

чил таким методом и больных паранойей. Левин Шуль (Lewy Shul, 1922) описывает случай, когда путем соответствующего словесного внушения в гипнотическом сне больную гебфренией удалось заставить принимать пищу.

О возможности применения гипносуггестивной терапии у страдающих паранойей высказался в 1924 г. на Ленинградском съезде психоневрологов В. М. Бехтерев. Однако можно полагать, что при бреде у больных паранойей и параноидной формой шизофрении, гипносуггестивная терапия едва ли применима, так как в содержание бреда при параное часто входит бредовая идея о «гипнозе» и «гипнотизировании», а потому поддерживать эту идею внушением в гипнотическом сне небезопасно для больного. Иное дело применение психотерапии при реактивных параноидных состояниях. В таких случаях, как показывает опыт, психотерапия во внушенном сне может дать положительные и стойкие результаты.

Как видно из приводимых ниже примеров, при реактивных психозах применение суггестивной терапии во внушенном сне с последующим внушением сна-отдыхом может дать даже в амбулаторных условиях достаточно быстрый положительный эффект. На основании наших наблюдений можно утверждать, что эта форма психотерапии может резко укорачивать длительность течения реактивного психотического состояния, а зачастую и сразу купировать его.

Необходимо отметить стойкий и быстро наступающий эффект гипносуггестивной терапии психогенных реактивных психозов с бредовыми и, реже, иррациональными влечениями. Между прочим, еще следует отметить, что иногда психиатры ставят ошибочный диагноз при развитии депрессивно-тревожного бредового состояния параноидного типа. Так, бывали случаи диагноза «пресенильного», «деволюционного», «климактерического» психоза и помещения больных в психиатрическую больницу, в то время как более близкое к научению условие развития этого рода состояния открывало их психогенный реактивный характер и предопределяло возможность действительно быстрого и эффективной врачебной помощи в виде суггестивной терапии во внушенном сне.

В некоторых случаях (примеры приводятся ниже) длительное лечение такого рода больных, проводившееся в психиатрической больнице без учета психогенной заболеваемости, не давало эффекта, в то время как применение гипносуггестивной терапии с учетом травмированных психики факторов полностью устраняло весь синдром и приводило к стойкому выздоровлению.

Однако нужно сказать, что применение в психиатрической клинике гипносуггестивной терапии ограничивается, по первым, незначительным числом большинства психически больных, а во-вторых, небольшим числом психозов, подлежащих лечению словесным внушением в гипнотическом сне.

Исключения составляют психогенные реактивные психотические состояния, при которых, как упоминалось, гипносуггестивная терапия может продуктивно применяться в амбулаторных, а иногда и в домашних условиях.

Приведем ряд наблюдений.

1. У 35-летней больной наблюдался бред отравления и пресенирования, а также упорный отказ от еды и от общения с людьми. Зная больную, перенесшую 14 лет назад истерический галлюциноз и бывшую уже тогда под нашим наблюдением мы применили внушение в гипнотическом сне. Однократным сеансом сразу устранил бредовые идеи односторонней давности, а беседа с больной выяснила психогенный характер ее состо-

нии. При наличии тяжелой выраженной эмоциональной лабильности в дальнейшем у больной бредовые идеи не возникали в течение 5-летнего наблюдения, она работоспособна, активно ведет общественную работу.

2. Больная Б. 37 лет, доставлена в стационар тяжелой депрессии и крайнего истощения вследствие упорного отказа от еды и бессонницы. Больная имела в анамнезе старухи, человека, страдающего какою-то тяжелой болезнью. 30 июля 2 месяца назад после смерти единственного 5-летнего сына, во время болезни которого в течение 24 дней не выходила от него ни днем, ни ночью. Волнения, бессонные ночи и постоянная тревога водорывали ее силы, смерть ребенка пережита ею трагически: тяжелая реакция с психическими сдвигами, конвульсиями, криками и т. п. В таком состоянии находилась 3 суток. При похоронах также наблюдалось психическое сдвигание, дезориентировка, а после возвращения с кладбища находилась в постели 4 суток в связи с ослаблением сердечной деятельности, с явлениями удущия и клапана конечностей. В дальнейшем охота неменяема, имели место частые приступы дезориентировки. Ежедневно посещала кладбище, не доходя до него с криком падала на землю, рыла ее руками и так изо дня в день. Отказ от еды, питья, являвшаяся пассивно, не проходила (полюдиному, из-за спазма глотки или пищевода). Упорная бессонница, нарастающая слабость, упорные суицидальные мысли и попытки. Врачебный и домашний уход не достигали цели, тяжело психическое состояние прогрессировало, вследствие чего поставлен вопрос о стационаризации в психиатрическую больницу.

На приеме удалось установить с больной контакт и путем словесного внушения привести ее в дремотное состояние. Помимо общего успокоения, внушалось спокойное отношение к смерти сына, хороший ночной сон, аппетит, пробуждению интереса к жизни. После сеанса больная получила

Больная проснулась в резко изменившемся состоянии: проявился взгляд, появилась бодрая осанка, лицо оживилось. После выхода из больницы была спокойнее реагировала на встречи на улице с детьми. Когда пришла в номер гостиницы, впервые почувствовала тяготение к пище и сыта с видимым удовольствием завтрак. «Ушла какая-то тяжесть, исчез какой-то туман», — говорила больная, придя на следующий день. О ребенке говорила уже спокойно, ночью спала хорошо, смогла сама рассказать о пережитом. Было проведено еще пять сеансов (через день), после чего уехала в свой город в хорошем состоянии. Демонстрировалась на лекции врачам Института усовершенствования врачей. Через месяц сообщила о своем хорошем самочувствии совершенно успокоилась. Наш диагноз: глубокое депрессивное неорганическое состояние, возникшее вследствие тяжелой психической травмы (наблюдение В. О. Шер).

3. Больной К., 43 лет, приведен с направлением в психиатрическую больницу. Высказывает бредовые идеи за ним «следуют», его «хотят опутать», ночью у него якобы делают обыск, его должны арестовать, его уже опутали, он преступник, ему «теперь лучше не жить» и т. п. Неработоспособен, ест очень плохо, ночью не спит. Такое состояние длится с целью

Наследственность у бабки был психоз, у сестры — депрессивное состояние с суицидальной попыткой. До заболевания был спокойным, мягким, уступчивым, доброжелательным, всегда был тревожно-мнительным. Объективно: значительная глухота, плотность радвальных и темпоральных сосудов; сухожильные рефлексы живые, зрачки равномерны с сохранившейся отпугивающей живой реакцией.

Непосредственная причина заболевания (со слов жены) — за несколько недель до заболевания на заводе, где он работал бригадиром, был арестован

становил монтер из его бригады, которого подозревали в присвоении частей электроаппаратуры. Это действовало на больного угнетающе. Состояние угнетения нарастало, несмотря на то, что была выяснена ошибочность ареста и подозреваемый был вскоре освобожден. С того времени больной тревожно спал, появились опасения, что его арестуют, стал раздражителем, неспособен.

Нами проведена успокоительная и разъяснительная беседа с соответствующим внушением в дремотном состоянии, с последующим получением внушением «ном-отдыхом». После сеанса наступило значительное улучшение: больной стал спокойнее, хорошо поел, мог беседовать на отвлекающие темы, ночью спал хорошо, проспав 10 часов подряд. После 2-го сеанса снова спал всю ночь. Но на следующий день вновь возникло тревожно-угнетенное состояние и мысли об аресте. Однако чувствовал себя уже спокойнее и не считал себя преступником. После 3-го сеанса по собственному инициативе работал в своем саду. Всего проведено пять сеансов гипносуггестивной терапии. Сопровождаясь, поведение правильное, прежних высказываний нет. Явления, дававшие повод думать о пресенильном психозе, исчезли и больше не наблюдались. После выздоровления пошел на работу на тот же завод, где работает и в настоящее время (7 й год).

Таким образом, у данного больного был получен стойкий положительный эффект. Следует отметить, что больной на протяжении отягощен, притом с явно выраженными признаками артериосклероза (плотность артерий, снижение слуха, повышение сухожильных рефлексов).

Диагноз: депрессивное невротическое состояние с бредоподобными навязчивыми представлениями (слабый общий тип нервной системы).

4. Больной С., 44 лет, обратился в диспансер Украинского психоневрологического института в 1928 г. с жалобами на то, что с 1918 г. стал чрезмерно раздражителем, нарушился сон, постепенно развились различного рода фобии, стонки и сменяющиеся, боязнь то трамвая, то определенных улиц, периодами боязнь жены, детей, боязнь учащихся - слушателей его лекций. Иногда уходил из аудитории, не закончив лекции, так как ему казалось, что «вся аудитория хлыбнется на него и студенты его убьют». Вследствие этого «жизнь стала невыносимой», появилась тоска, безотчетный страх, резко упала работоспособность, за четыре месяца до обращения в диспансер был вынужден совершенно прекратить чтение лекций.

Спит 2—3 часа в сутки, последние ночи провел в слезах, «стремясь покончить собой», так как ему «не хочется жить».

С помощью углубленной аналитической беседы выявлен комплекс тяжелых переживаний. Проведено пять сеансов разъяснительного и успокаивающего внушения в дремотном состоянии, поставивших больного на ноги и возвративших его к жизни. Явившись на 3-й сеанс, больной заявил: «Что вы со мной сделали? Я совершенно здоров! Я стал прежним: хожу спокойно по улицам, сегодня решил читать лекцию без всяких волнений. Я стал таким, каким был 10 лет тому назад». Впоследствии был совершенно здоров и продолжал свою деятельность (наблюдение Р. Я. Шлиффер).

Спустя 22 года, в 1950 г., в возрасте 66 лет, вновь обратился в диспансер на этот раз с жалобами на «неотступно преследующий его образ соседки по квартире», навязчивые мысли о ней как о существе, которое «влечет своей силой» на него, на чувство «скованности чармами» этой женщиной, тревожно-боязливое настроение, неспособность на чем-либо сосредоточиться, непродуктивность в работе, бессонницу, тяжесть в груди, сжимающие боли в области сердца. На фоне тревожно-суетлив, ра-

стеряти, из-за чрезвычайно быстрых переходов от одной незаконченной темы к другой с трудом улавливается смысл речи, в силу чего создается впечатление разорванности ассоциативного процесса. Заболел, по его словам, 2 месяца назад из-за психической травмы (обман и ограбление). До болезни был адекватен с жизненными трудностями справлялся. Так, ряд лет ему пришлось прожить вдали от дома, жить в горах, где он усердно зарисовывал особенности горного пейзажа, проявляя исключительную любовь к природе, стойко переносил все трудности. По его словам, всю жизнь был мало общителем, недоверчив, в обществе неловок, суетлив, в жизни непрактичен, но очень трудолюбив. Вза своей специальности ничем не интересуется.

Проведено 3 сеанса гипносуггестивной терапии, внушалось успокоение и выздоровление. После 1-го сеанса почувствовал значительное облегчение, в после 3-го полностью исчезли боли и неприятные ощущения в груди, тремор, навязчивые мысли и представления, появился сон, восстановилась работоспособность. В течение ряда последующих месяцев состояние больного было хорошее, работоспособность восстановилась (см. стр. 240, пример 3).

Наш диагноз: навязчивый невроз параноидного типа. Больной, по-видимому, относится к сильному варианту слабого общего типа и частично художественному (наблюдение М. И. Кашпур).

Приводим случай ревматического параноидного состояния, развившегося по физиологическому механизму совмещения.

5. Больная А., 37 лет, предъявляет жалобы на нарастающее общее недомогание, на ощущение «чего-то неопределимого и неприятного внутри организма, главным образом в брюшной полости», иногда чувство сжатия в горле, тревожность, внутреннее беспокойство, склонность к слезам, бессонницу, «потерю радости жизни», неспособность, отсутствие аппетита, боязнь есть, боязнь находиться у себя дома, желании уйти на улицу и бродить, а вместе с тем неспособность сделать все это из-за «чувства бессилия». Высказывает убеждение в том, что от ее платья, от предметов и воздуха ее квартиры «что-то исходит» и на нее действует отравляющее, что ее муж «распыляет что-то ядовитое», что он имеет намерение «медленно убивать ее». Однако теперь, когда уже поздно, когда она стала неизлечима, он внешне стал хорошо к ней относиться и заботиться о ней, хотя и «распыляет яд». К своему единственному маленькому ребенку испытывает чувство жалости, но обеспечить уход за ним неспособна.

Личная тучная. В соматическом и неврологическом статусе особых отклонений не отмечается. Замкнута, к врачу приведена мужем почти силой, все жалобы и данные анамнеза удалось получить от больной только после нескольких многочасовых бесед. Анамнез больной сводится к следующему: до болезни была уверенной в себе, активной, волевой, очень любила свою работу, ежегодно предпринимала путешествия по горам, отыскивая редкие экземпляры растений для своей научной работы. В этих путешествиях легко переносила трудности и лишения. Столь же охотно занималась преподавательской работой. К мужу была привязана, но считала себя выше и достойнее его, была убеждена в том, что «своим браком осчастливила его». Полтора года назад ее приятельница «раскрыла глаза» ей на истинное положение дела: оказалось, что ее муж на протяжении 10-летней супружеской жизни продолжает интимную связь с женщиной с которой был близок до жепитыбы. Ревность, сдвиги признания мужа, его раскаяния и упреки в измене вызвали тяжелые переживания. Через месяц полностью успокоилась: «все было забыто», была равнодушна

к той женщине. Однако через год совершенно случайно упала с кровати, жалуясь связать своего мужа с той же самой женщиной, причем «...» его жалкое положение, его зависимость от этой женщины и его безволие. Это произошло перед обедом, узнав об этом, почувствовала себя «словно прибитой», села за стол почти «апатично», но после первого же глотка почувствовала какое-то стеснение в груди, что-то неприятное в животе, и возникла мысль: «отравилась!». Почувствовала общее недомогание, появился страх: «муж отравляет, чтобы избавиться». Такое состояние в дальнейшем продолжалось, было постоянным и поддерживалось «жалким видом мужа» и тем, что соперница жила в одном доме с ней. На этот раз больная замкнулась в себя, не устраивала спел, была, по ее словам, как бы скована физически и душевно.

На протяжении месяца была в диспансере 12 раз. С ней проводились длительные аналитические беседы, сеансы гипносуггестивной терапии. Разъяснительные беседы успокаивали больную и она их особенно ценила, считая это «основным лечебным средством». Глубокого сна не было, была легкая дремота; глубоко засыпала только в последние два сеанса. Через месяц стала работоспособной, исчезла тревожность, сгладилось недоброе желательное отношение к мужу. Почувствовала себя здоровой, бодрой, исчезло недомогание, и мысли об отравлении относились критически. Через 2 года после лечения и сеансов с неприятностями по службе недомогание повторилось. Больная снова подверглась лечению и после одной беседы с последующим вынужденным сном отдыхом все явления прошли, стала чувствовать себя хорошо, была полностью работоспособна. В настоящее время «...» работает на прежней работе. Диагноз — реактивный паранойд (наблюдение М. И. Каншур).

6. Больная Г., 28 лет, жалуется на тревожно-угнетенное состояние, отказ от еды, параноидные идеи: ее хотят отравить, убить, в связи с чем развилась боязнь выходить на улицу, тревожный сон. Больная 2 месяца после аппендэктомии, сделанной под местной анестезией. Во время операции почувствовала боль, причем возник острый испуг. В последующие дни было возбужденное состояние, галлюцинации, которые постепенно исчезли. Однако указанные выше параноидные явления длительно сохранялись. Лечилась безрезультатно 2 месяца. Отношение к своему состоянию критическое. Просит избавить от тоски, слез и страхов, тревога за жизнь. Потеряла надежду на выздоровление.

Применена гипносуггестивная терапия. После первого сеанса мотивированного внушения, проведенного в дремотном состоянии, последовало резкое улучшение, а после второго — исчез весь симптомокомплекс: «сделалась такой, как и была до операции». Демонстрировалась в психотерапевтической секции Харьковского медицинского общества. Была под наблюдением 3 недели. Через 3 года привозила свою дочь в диспансер по поводу заикания. Все время чувствовала себя хорошо (наблюдение Н. М. Зеленского).

Таким образом, мы видим, что своевременное вскрытие психогенеза психических синдромов не только полезно для скорейшего излечения, но служит также ценным всеобщегалловым дифференциально-диагностическим приемом. Все сказанное говорит о том, что психотерапия должна получить в психиатрической клинике свое признание и применение, поскольку в ряде случаев она дает необходимый терапевтический эффект. Во всяком случае некоторые психические состояния, особенно реактивные, несомненно, должны стать объектом психотерапии.

Интересными и существенно важными являются наблюдения М. М. Перельмута (1946), посвященные опыту о применении словесного внушения в психиатрической клинике в условиях наркотического

(гексеналового) сна, который использовался им для целей симптоматической терапии ряда психически больных.

Так, в условиях гексеналового сна больному шизофренией, обычно спавшему на полу и не уступавшему никаким убеждениям, делалось внушение: «спать в постели!». Больному, который отказывался от еды и которого кормили через зонд, внушалось есть самостоятельно. Бездельным, вялым больным внушалось желание работать, читать и т. д., а не-притным — изменить свое поведение и т. п.

Такие внушения делались не только в императивной форме, но сопровождались элементами разъяснительной психотерапии. Так, внушалось, что на полу спать грязно, холодно и т. д. Таким путем у ряда больных шизофренией наступило временное, более или менее длительное улучшение: двое больных стали опрятными; те, которых кормили через зонд, начали есть самостоятельно; спавшие на полу, стали спать на кровати. Двое больных были выпущены в состоянии значительного улучшения. У всех диагностирована шизофрения. У больной с циркулярным психозом была отмечена почти полная ликвидация маниакального состояния.

Имеются основания полагать, что при определенных условиях использование наркотического сна для проведения сеансов психотерапии того или иного вида может найти в психиатрической клинике важное применение. Однако оно требует еще специального изучения. Повидимому, это может оказаться полезным в тех случаях, когда у определенной категории психически больных обычный внушенный сон или же сон условнорефлекторный не может быть вызван.

В последнее время психотерапия применяется в психиатрической клинике И. Я. Завиланского (1953) в качестве вспомогательного симптоматического приема в форме разъяснительных бесед, успокоения и пр. Обычно она используется с целью стимулирования активности больных шизофренией, создания у них новых жизненных интересов и т. д. По данным автора, такого рода беседы оказываются особенно полезными в периоде выдрисления психически больного, а при шизофрении — в периоде ремиссии (наблюдения М. И. Кашпур). В справедливости этих утверждений приходилось убеждаться и нам на опыте работы диспансера Украинского психоневрологического института.

Считаем необходимым отдельно остановиться на вопросе о психотерапии наркоманов, и в первую очередь страдающих алкоголизмом, у которых психотерапия при всех формах лечения занимает существенное место. Страдающие алкоголизмом, как и другие наркоманы (морфинисты, кокаиновые и др.), издавна являются объектами внимания психиатров. Борьба со злоупотреблением спиртными напитками всегда была предметом заботы органов здравоохранения. В нашем отечестве борьба с этим наследием дореволюционной России шла столь успешно, что уже к концу 30-х годов возникла возможность сократить число наркодиспансеров.

Тем не менее случаи алкоголизма, требующие врачебного вмешательства, еще встречаются. Мы имеем в виду ту группу страдающих алкоголизмом, которой лечебная помощь может быть оказана именно в амбулаторных условиях.

Как известно, при лечении этой группы страдающих алкоголизмом основным является метод словесного внушения, проводимого в фазовом состоянии коры мозга. Основоположителем широкого применения этого метода был В. М. Бехтерев, при клинике которого в 1901 г. была открыта специальная амбулатория для страдающих алкоголизмом. Эффективность амбулаторного лечения оказалась столь значительной, что в 1903 г. по инициативе В. М. Бехтерева в Петербурге была создана сеть таких амбулаторий. Для лечения больных хроническим алкоголизмом В. М. Бех-

терев рекомендовал применять: 1) убеждение, 2) словесное внушение по внушению себе и 3) самоутверждению и самоуничтожению (триада Бехтерева). И. И. Николаева (1941) отмечает полученный ею успех при применении этой «триады» как при индивидуальной психотерапии, так и при групповой, также предложенной В. М. Бехтеревым (1927), но при условии, чтобы сеансы проводились ежедневно, без перерывов.

В связи с этим следует вспомнить незаслуженно забытую методику А. А. Токарева (1891) при лечении алкоголизма: он советует не терять связи с больным по крайней мере в течение года, причем, начав лечение, первые два сеанса проводить ежедневно, затем через 3—4 дня, затем через неделю, через 2 недели, через месяц, через 2 месяца, через 3 месяца и, наконец, через 4 месяца.

Нужно сказать, что автором интересовала главным образом та форма алкоголизма, при которой можно с тем или иным успехом применять словесное внушение. Исследования А. Л. Мендельсона (1910), проведенные в петербургских амбулаториях у огромного количества страдающих алкоголизмом (900 человек), показали, что лечение алкоголизма словесным внушением было неприменимо лишь в отношении тех, кто явно страдал психическим расстройством. Диссоманы же в известных случаях также поддаются лечению. При этом наибольший успех был отмечен при так называемом легком запое, т. е. запое, возникающем уже под влиянием приема первой, хотя бы небольшой порции алкоголя. В общем положительный эффект наблюдался у 62%.

Работа, проведенная в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института нашими сотрудниками Н. Л. Утевским с Ф. Б. Цейкинской (1930), свидетельствует о таком же успехе: положительный результат (больные совсем не употребляли алкоголя от нескольких месяцев и в меньшинстве случаев — до нескольких лет) наблюдался у 118 из 149 больных, причем возникавшие нередко серьезные прекращения в повторных двух-трех сеансах психотерапии. Основным условием успеха было твердое желание самого больного избавиться от своего пагубного влечения.

Опыт В. М. Бехтерева по гипносуггестивному лечению страдающих алкоголизмом широко использовал и другими нашими сотрудниками — П. П. Истоминим, В. Д. Трутнем, Н. Л. Утевским, Р. Я. Шлифер. С 1925 по 1934 г. они успешно лечили групповым методом до 1660 страдающих алкоголизмом преимущественно хроническим. Положительный эффект был отмечен у 85% больных, большей частью приходившихся под наблюдением на протяжении 5—8 лет.

Как показывает наш опыт, успеху лечения чрезвычайно способствует чтение больными научно популярной литературы о вреде алкоголизма, а особенно с примерами излечения. Благодаря этому словесные внушения в значительной мере подкрепляются и усиливаются.

Все это свидетельствует, что амбулаторная помощь, оказываемая страдающим алкоголизмом, вполне реальна. Нам не раз приходилось убеждаться в том, что не у всех врачей существует правильный взгляд на амбулаторное лечение страдающего алкоголизмом словесным внушением.

Приводимые ниже наши наблюдения показывают, каковы могут быть результаты при гипносуггестивной терапии.

1. Больной Ш., 42 лет, доставлен в амбулаторию в тяжелом депрессивном состоянии. Со слов жены удалось выяснить, что ее муж на почве алкоголизма «пытался сегодня покончить самоубийством, но был случайно замечен соседями и спят с петлей». От больного мы узнали, что он страдает алкоголизмом 22 года, причем пьет запоем по 2—3 недели. Светлые промежутки бывают в течение нескольких дней, а иногда на протяжении

2 месяцев. Больной крайне раздражителен, плохо ест, спит и совершенно потерял трудоспособность. В результате трех сеансов гипносуггестивной терапии влечение к алкоголю постепенно ослабло и, наконец, к 5-му сеансу совершенно исчезло. Параллельно с этим восстановился сон, аппетит, изменилось худшее настроение и трудоспособность. Через 6 месяцев являлся перед нами с сообщением следующее: «Чувствую себя прекрасно, успеваю и раньше, и спиртных напитков и не думаю как будто никогда не знал их запах, потому не только мне неприятно, но вызывает у меня тошноту и рвоту». Таким образом, после пяти сеансов психотерапии он чувствует себя хорошо. Положительный результат 10 лет.

2. Больной П., 44 лет, обратился в диспансер с жалобами на пагубное влечение к спиртным напиткам, сильную раздражительность, частые угнетенные состояния, плохой сон и аппетит и резкое понижение трудоспособности. Считает себя больным 10 лет, причем в первые два года был умеренно и пил чай, а затем, поступив на службу в аэропаравозный завод, стал злоупотреблять алкоголем. В течение последних 2—3 лет с перерывами от одной до двух недель. Отца больного страдал алкоголизмом.

Проведено 10 сеансов внушения в гипнотическом сне. Первый же сеанс гипносуггестивной терапии прервал влечение больного к алкоголю, одновременно восстановилось хорошее настроение, аппетит и сон стали нормальными. Спустя 2 недели после начала лечения полностью восстановилась трудоспособность. Больной находился под наблюдением в течение 1^{1/2} лет, ежемесячно посещая диспансер. Он чувствовал себя хорошо, несмотря на то, что продолжал оставаться на прежней работе.

3. Больной Х., 55 лет, обратился к нам с жалобами на ложную дипсоманию: прием первой рюмки алкоголя приводит к запою на 3—5 дней. Легко поддается соблазну, поэтому часто передка.

Следует отметить, что первый период алкоголизма у него был с 1918 по 1928 г., когда он пил почти ежедневно до 0,5 л водки. После лечения (12 сеансов гипносуггестивной терапии) был здоров в течение 13 лет, т. е. до 1941 г.

Начал злоупотреблять спиртными напитками в 1941 г. (ежедневно по 300—400 г водки). Когда был мобилизован на фронт, алкоголь употреблял мало. После возвращения с фронта в 1945 г. — снова запой.

Проведено 20 сеансов гипносуггестивной терапии, после чего освободился от влечения к алкоголю, причем не употреблял спиртных напитков, несмотря на тяжелые переживания (смерть сына, а затем жены).

Нередко в случае тяжелого и длительного алкоголизма возможно радикальное излечение, о чем говорят многие наши наблюдения. Контрастным является случай, происшедший с двумя из наших больных, иллюстрирующий ошибочный прачебный подход к страдающим алкоголизмом.

4. Больной Х., 35 лет, употребляет спиртные напитки в течение 10 лет почти ежедневно, сначала в силу соблазна, а последние годы по собственному влечению. Лечился в электролечебнице наками и пиявками страхином. Пока лечился, алкоголь не употреблял, но через день после окончания лечения снова возникло влечение к спиртным напиткам. Однажды с целью «излечиться гипнозом» обратился к психиатру, который, по словам больного, отказался лечить внушением и посоветовал ему обратиться водкой и применять другие процедуры. Тем не менее по примеру своего товарища, который вылечился именно словесным внушением, обратился к нам.

Получил 10 сеансов гипносуггестивной терапии, причем перестал злоупотреблять спиртными напитками уже после 3-го сеанса. В течение

6 лет к спиртным напиткам безразличен, в обществе пьющих участия не принимает, и как это наблюдается у некоторых, едущих убогает, но с ним не льстят.

5. Больной В., 42 лет, жалует, что после малоприятного верного расстройствается вечно в течение 7-8 дней, вплоть до пропажи вещей и даже своего ительного белья. В октябре 1945 г. обратился в диспансер для спасения гипноза. Врач отказался лечить, заявив, что «никакой гипноз не поможет, так как это не болезнь, а распухлость». Это его чрезвычайно огорчило, и он употреблял алкоголь в течение 10 дней. В ноябре обратился к нам. Было проведено 12 сеансов гипноэстетической терапии, после чего перестал употреблять спиртные напитки. В течение 3 лет наблюдая спиртных напитков не употребляет.

Успех психотерапии при лечении алкоголизма обычно весьма значительный. Однако лечение к алкоголю у некоторых больных бывает настолько прочным, что воздействие одними раздражителями второй сигнальной системы оказывается безрезультатным. Тем не менее и в этих случаях возникшие в коре мозга алкоголика условно-рефлекторные связи на алкогольную ситуацию могут ослабляться, как это показали систематические исследования И. В. Стрельчука (1951а), но с помощью другого способа — путем образования отрицательной условной противоязвительной реакции. Речь идет о присоединении к словесному раздражителю раздражителей первой сигнальной системы в виде явных средств (и в бодрствующем состоянии, так и особенно во внушенном сне). И. В. Стрельчук подчеркивает, что разрыв этой связи при помощи слова совершается гораздо легче во внушенном сне. В бодрствующем состоянии все то, что прочно ассоциировано с алкоголем и спиртными напитками, в условиях внушения сна заторможено. Вследствие этого в гипнотическом сне легче образуются отрицательные связи в отношении употребления спиртных напитков. Автор отмечает, что гипноз — это не только средство, но и метод, который дает врачам возможность «не быть пассивными зрителями, наблюдающими, как алкоголик, часто в расчете сил, гибнет от своей болезни», а врач бесценен, помогая ему в той или иной степени.

К сожалению, у большинства врачей до сих пор существует ошибочное мнение, что «алкоголизм есть не болезнь, а распухлость». Очевидно, им неизвестны следующие слова В. М. Бехтерева (1911): «по моему опыту я могу утверждать, что внушения в гипнозе действуют чрезвычайно эффективно, при этом после записи внушений и после введения в сон (разрядка наша. — К. П.), как-то: пьянство, морфинизм и все вообще наркомания». Мы можем добавить, что врачи-психотерапевты действительно, нередко являются свидетелями огромного удовлетворения, которое испытывают такого рода больные после выздоровления.

Что касается гипноэстетической терапии морфинистов, то нужно сказать, что здесь дело обстоит значительно сложнее. Тем не менее некоторые больные этой категории могут получить необходимую помощь даже в амбулаторных условиях, как это показали наблюдения П. П. Истоминна (1930) в психотерапевтическом отделении диспансера Украинского психоневрологического института. Этот опыт показал, что некоторую категорию морфинистов можно успешно лечить вне психиатрической больницы и что гипноэстетическая терапия является в этом случае самым вспомогательным лечебным фактором. Так, лечение 15 больных (из 17) независимо от длительности морфинизма, было проведено сравнительно быстро, причем у 5 больных не было рецидивов в течение 2 лет.

1. Больной 31 года, врач для борьбы с бессонницей применял инъекции морфина в течение 1½ лет, причем в последнем полугодии принимал до 1 г морфина в сутки. Он предпринял несколько попыток самостоятельно прекратить инъекции, но эти попытки оказались безрезультатными, сопровождались значительными и стойкими явлениями раздражительности, общей слабостью, дисфункцией желудочно-кишечного тракта, слуховыми, а иногда и зрительными галлюцинациями. В последнее время мрачен и замкнут и, по словам жены, высказывает подозрение «в недоброжелательном отношении к нему со стороны окружающих». После двух по-прежнему неудачных попыток прекратить инъекции морфина пытался покончить с собой. Больной отказался от лечения в психиатрической больнице и истинно стремился к амбулаторному лечению внушением. Поскольку была возможность строгого контроля за больным, мы приступили к психотерапии в амбулаторных условиях.

В первый день лечения настроение больного подавленное, слезотечение, чихание, урчание в животе, пульс 86 ударов в минуту, лицо и руки покрыты потом. После продолжительной беседы, вводящей в «курс лечения», больной успокоен с помощью словесного внушения. Заснул через 3—4 минуты, причем слезы и чихание тотчас же прекратились, а минут через 10 стихло и урчание в животе, пульс 82 удара в минуту. Внушалось, что он «может быть здоровым», что «морфин ему неважно», и он «может его оставить, чтобы больше никогда к нему не возвращаться!». И, наконец, что он «будет принимать только те дозы морфина, какие будут указаны врачом». После этого больному был внушен сон-отдых в течение 20 минут. Перед пробуждением внушено «непреодолимое отращивание к морфину», «полное отсутствие абстинентных явлений». Когда больной проснулся, он был крайне поражен, что беспокоившие его симптомы абстиненции сразу исчезли, чего раньше без приема морфина никогда не было. После первого сеанса наблюдался большой сдвиг в настроении больного. Он отдал своей жене все иглы, шприцы, ампулы морфина, врачебную печать и все деньги. Абстинентные явления возобновились через 2¼—3 часа. Согласно инструкции имел дозу морфина в 0,8 г (4 раза по 0,2 г), причем разницы с предыдущей дозой не почувствовал, ночь спал спокойно.

Во время 2-го сеанса (на следующий день) внушалось: «Нерезкие абстинентные явления будут, так как морфин должен выделяться из организма пищеварительным трактом и прочими органами, и этому вы относитесь сознательно, подавление этих неприятных ощущений послужит упражнением для вашей воли». И далее: «Каждый сиюминутный дециграмм морфина укрепляет ваше тело и вселяет бодрость и хорошее самочувствие; для вас нет недостижимых целей, вы будете здоровы!». После 20 минут сна-отдыха больной пробужден. После этого за сутки введено подкожно, согласно инструкции, 4 раза по 0,15 г морфина, всего 0,6 г. Спал хорошо, абстинентные явления возникли лишь перед приходом в диспансер, проявляясь в виде незначительного слезотечения, влажности всего тела, чихания и недомогания. С началом 3-го сеанса они тотчас же исчезли. На следующие сутки назначена доза 0,4 г. На 4-й сеанс больной явился с бодрым видом, довольный тем, что «выдержал дозу и не почувствовал разницы в действии с предыдущими» и что «к морфину не тянет». Внушалось «индифферентное отношение ко времени инъекции, флегматичная бодрость, спокойный сон и непреодолимое влечение следовать инструкции в отношении принимаемой дозы».

Через день после 4-го проведен 5-й сеанс. Первую ночь после сеанса спал хорошо, вторую, когда не было сеанса, ту же: беспокоила боль в животе и расстройство желудочно-кишечного тракта. Все эти расстрой-

ства больной объяснил тем, что накануне не было сеанса. Назначенную дозу в 0,1 г выдержал в точности. После 6-го сеанса отметил «прекрасное самочувствие», причем потливость и слезоточивые прекратились. Назначена доза 0,05 г. Ко всем абстинентным явлениям относится спокойно: «пусто, не хочется и морфин». Дозу выдержал, заявил что желает скорее закончить лечение, так как «все манипуляции со шприцом крайне неприятны» и что инъекции якобы делает «только по необходимости, скорее с отвращением, чего раньше не было». Последующие пять сеансов прошли с тем же успехом, дальнейшее уменьшение дозы выдержал, к морфину и манипуляциям со шприцом отнесся индифферентно. Последний сеанс 11-го 1-го отделения в отделении психиатрии продолжительностью 30 минут. Во время следующего, 12-го, сеанса внушалось: «Дальнейших инъекций морфина уже не требуется, вы испытываете полное моральное удовлетворение по поводу окончания лечения, чувствуете физическую бодрость и полное отвращение к морфину навсегда». Перед началом 13-го сеанса больной заявил, что «чувствует себя совсем другим человеком» и имеет желание «скорее вернуться к работе и жить в ней полное моральное удовлетворение, несмотря на все жизненные невзгоды». К 16-му дню после начала лечения вид больного резко изменился: кожа светлорозовая, артерии нормальной ширины, прибавил в весе 1 кг. При словесном внушении указывалось, что «в дальнейшем больной сам может разумно руководить своим поведением». Во время сеанса, проведенного на 17-й день, еще раз подчеркнуто, что «в деле лечения сам больной принимал активное участие». Больной был под наблюдением в течение 2 лет, не было ни одного рецидива.

Как мы видели, попытка оставить морфин самому больному, без вынуждений, не удалась. Словесное внушение сыграло здесь весьма важную организующую роль и явилось фактором, способствующим смягчению и прекращению абстинентных явлений (наблюдение П. П. Истомин).

2. Больная И., 42 лет, акушерка. Морфин начала принимать из-за разрывшихся после тифа болей в конечностях, максимальная доза 0,5 г в сутки, принимает около 2 лет. Работоспособность снижена, быстрая утомляемость, подавленность, пременами доходящая до резкой апатии, и замкнутость. Неуверенность в себе, а иногда, особенно к вечеру, неопределенный страх. В случае воздержания от морфина возникают саливация, желудочно-кишечные расстройства и боли в ногах и руках.

В психиатрическую больницу лечь не пожелала. Лечение внушением в гипнотическом сне проводилось по тому же типу, что и в первом случае. Снижение дозы до нуля было достигнуто за 5 дней, причем все абстинентные расстройства исчезали во время сеанса при соответствующем словесном внушении, возобновляясь через 5—8 часов. Через 4 дня после начала лечения все расстройства прекратились. Через 20 дней, после демонстрации на конференции в перинной клинике и курса электро-гидротерапии, больная отпущена домой. Мы ее видели через 1^{1/2} года в прекрасном состоянии; рецидива не было.

3. Больная Г., 56 лет, морфинистка. Начала принимать морфин 2 года назад с небольших доз в порошках от простудного кашля, достигнув дозы 0,3—0,4 г в сутки. Последствия таких доз сказались уже через полгода: больная крайне ослабела и похудела, лишилась сна и аппетита, не может ничем заняться, так как трудно сосредоточить на чем-нибудь мысли. Была с успехом проведена психотерапия. Через 9 дней после окончания лечения демонстрировалась на конференции психодетоксической перинной клиники. Положительный катамнез 2^{1/2} года.

и прием врачебного воздействия. Она имеет целью содействовать повышению защитных сил организма больного и тонизировать через кору мозга функции его вегетативно-эндокринной системы. Таким путем мы можем способствовать ослаблению или устранению болей и другой патологической симптоматики (нарушения сна, аппетита и пр.). В ряде случаев соматическое заболевание уже само по себе травмирует психику больного, что влечет за собой снижение положительного коркового тонуса, и поэтому прямым образом препятствует успеху борьбы организма с возникшей патологией.

В задачу психотерапии входит не только устранение неблагоприятного влияния травмировавших психику факторов, но и восстановление нарушенной корковой деятельности. Таким образом, словесное воздействие является весьма важным фактором терапии, значение которого соматологи не в праве игнорировать.

Это тем более важно, что травмировавшие психику факторы, вызвавшие дисфункцию внутренних органов и систем, нередко соматологами совершенно не учитываются. В неясных по этиологии и патогенезу случаях врачи обычно диагностируют «невроз» какого-либо органа или же «вегетоневроз» — понятия, оставшиеся для них совершенно не расшифрованными. Обычно в эти понятия вкладываются представления о первичном заболевании вегетативной нервной системы или же о функциональном нарушении при каком-либо патологическом органическом синдроме. Отсюда неизбежно вытекают не только ошибочные диагнозы, но и неправильное лечение.

Нужно сказать, что литература по этому важному вопросу весьма ограничена. К наиболее ранним относится наблюдение С. П. Биткина (1874), отметившего связь между деятельностью больших полушарий головного мозга больного и размерами селезенки, меняющимися под влиянием психического возбуждения, востанческой эмоции (испуг) и пр. Им же (1881) описана связь сердечной деятельности больного с его эмоциональным состоянием.

Из психоневрологов эти вопросы изучали главным образом А. И. Булавинцев (1903), В. М. Бехтерева (1906), а позднее В. Н. Миссишев и Е. К. Яковлева (1937), Е. А. Попов (1947), К. И. Платонов (1952 б). Из зарубежных работ следует отметить исследования Дажериша и Гоклера (1912), посвященные психогенному нарушению деятельности внутренних органов.

Привожу некоторые наблюдения.

1. Больной С., 53 лет, обратился к нам с жалобами на тяжелое депрессивно-тревожное состояние, на белотчетный навязчивый страх «перед возможным грядущим несчастьем», на тахикардию (130—140 ударов в минуту), дизурию, полиакурию, чрезмерную раздражительность, впечатлительность, нарушение сна (вплоть до бессонных ночей). Вследствие общей слабости и тахикардии не покидает постели в течение 5 месяцев.

Диагнозы: «базедова болезнь», «холецистит», «камни мочевого пузыря», «артериосклероз мозга», «пресенильный психоз». Лечение (бромиды, морфий, наркотические средства, дигален, сыворотка Мабуиса) оказывалось безрезультатным. Неврологический статус без отклонений от нормы.

При выяснении причин возникновения данного состояния было установлено, что 5 месяцев назад больной получил тяжелую психическую травму — внезапно умерла его любимая дочь. В течение 5 месяцев после этого больной не мог возвратиться в квартиру, где она умерла, вследствие чего все это время находился в квартире брата.

Наш диагноз: тяжелое депрессивно-вегетатическое состояние с выраженным вегетативным симптомокомплексом.

Намиг привел к десятикратному увеличению выделений слюны, причем уже по 10-15 капель в сутки. После этого — полный начал выходить из дому, а после окончания лечения смог вернуться в свою квартиру. Вскоре после этого выехал с женой в Крым, а после возвращения из Крыма поступил на работу. Катанов умер 21.10.1941 г. (причина не была).

2. У больного П., 60 лет, с августа 1920 г. постепенно развились общие упадок сил, прогрессирующее похудание, желтоперламутровый цвет лица. После приема пищи резкие боли в подложечной области, с иррадиацией в подлопаточную область, тошнота, запоры, редкое отрыгивание, похолодание конечностей, галлюцинации, параносия, упорная бессонница. В марте 1921 г. была консультация врачей — хирурга и терапевта. Поскольку предпринимается резко болезненная операция в области желудка, им поставлен диагноз: «злокачественное новообразование желудка».

Намиг был применен длительный искусственный сонотид. Больная проспала 10 часов. К удивлению своему и окружающих проснулась совершенно здоровой: боли резко ослабли, тошнота прекратилась, может есть. Пять сеансов продолжительного искусственного снаотиды (на протяжении 10 часов) с соответствующими внутривенными инъекциями спомпозина, апетит, сон, отправлены кишечника, устранены боли, «опухоль» больше не ощущалась. Изредка повторимый искусственный сонотид окончательно восстановил физическое состояние к лету 1921 г. отмечена значительная прибавка в весе. После лечения больная прожила 14 лет.

Полностью же влияние искусственного сна в данном случае заставляет задуматься над точностью диагноза. Состояние больной нельзя было не поставить в генетическую связь с тяжелыми семейными переживаниями во время войны (потеря мужа, сына и единственной дочери). В данном случае функциональные висцеральные симптомы-комплексы, развившиеся под влиянием тяжелых психических потрясений, соматологами ошибочно был принят за органический, так как длительные патогенетические факторы не были учтены и игнорировались. Вот почему и механизм заболевания был понят неправильно. Диагноз опухоли не оправдался.

3. Больной К., 30 лет, находился в 1940 г. на стационарном лечении, страдая болями в области желудка и упорными рвотоподобными срыгиваниями (до 60 раз в сутки). Эти явления возникали без предварительной тошноты и независимо от приема пищи. С диагнозом «хронический гастрит» и «подозрением на язву» провел в течение 4 лет в разных госпиталях в общей сложности 209 койко-дней и был свидетелем титановой троечки военными аккредитованными врачебными комиссиями (что подтверждается соответствующими документами). В течение всего 4 лет этот период состоит из бессонницы. Так как был вскрыт комплекс тяжелых психических переживаний в Западном Украине в 1940 г. и на фронте в 1941—1942 гг., направлен на психотерапию. Больной получил 10 сеансов словесных влияний соответствующего содержания, производимых во внушении (не что полностью исчезло его адорирование и трудоспособность, причем критичность и боли прекратились уже после 2-го сеанса. Здоров и трудоспособен 6-й год (наблюдение Е. С. Катанов, приводим схему развития данного невроза; рис. 86).

Совершенно ясно, что и в данном случае также имела место ошибка соматологов, состоявшая в полном игнорировании и игнорировании механизма возникшей на этой основе картины функциональной кортико-индифферентной патологии. Наш диагноз: «психогенный гастроневроз».

К сожалению, нам и нашим сотрудникам нередко и до сих пор приходится наблюдать больных с самыми разнообразными диагнозами существующих у них органических заболеваний различных внутренних органов и систем. Такого рода больные месяцами и годами остаются надлеждающей помощи, подвергаясь совершенно бесплодному лечению.

Необходимо отметить, что в силу какой то ничем не оправданной традиции соматологи нередко отказывают больным с невротическими заболеваниями внутренних органов в лечении, направляя их к неврологам (а последние, нужно сказать, склонны посылать их к соматологам).

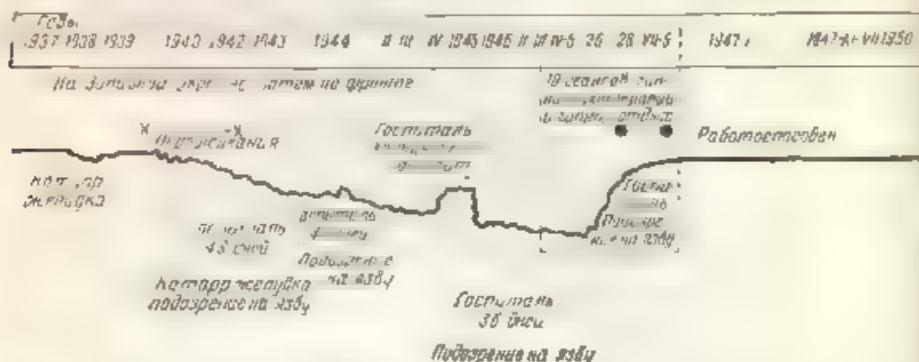


Рис. 66. Схема развития нераспознанного невроза и эффективности гипнотической терапии

Мы считаем, что лечение заболеваний внутренних органов во всех случаях является делом соматологов, а отнюдь не невропатологов. Однако следует применять патогенетически правильное лечение, построенное на анализе механизмов кортико-висцеральной патологии и включающее психотерапию (всех видов) как важное, а в отдельных случаях и решающее средство лечения.

Таким образом, мы видим, что на основе физиологического учения И. П. Павлова создались вполне возможные патогенетически правильное лечение соматологов не только своим больным и при этом как с точки зрения диагностической, так и со стороны лечебной. Смерем думать, что при этом не останемся мига для диагностических ошибок, подобных указанным выше или же таких, как, например, в следующем весьма показательном наблюдении.

4. Больная М., 40 лет, в течение 20 лет, начиная с 1916 г., безуспешно лечилась в ряде терапевтических клиник в санаториях и на курортах по поводу диагностированного «рака желудка», затем «язвы желудка». После ряда лет безуспешного лечения последовал диагноз «хронический катар желудка» и, наконец в связи с постоянным снижением общей кислотности (7—8) и отчаянием свободной соляной кислоты был поставлен окончательный диагноз «атрофический катар желудка». Лечение эффекта не давало и заболевание больной было очень серьезным.

Так как у больной, наряду с общим истощением, нервозностью, расстройством сна, вторичными сновидениями, наблюдалась типично вегетативная дисфункция, она в 1936 г. была направлена к нам путем постановки содержания ее сновидений и псевдогаллюцинаций удалось вскрыть тяжелую психическую травму, которая была причиной истинно патологического синдрома. В 1936 г., находясь в Средней Азии, она пережила трагическую гибель своей семьи. На ее глазах были замучены

ее отец, муж и дочь, а сама была зачата в плен, из которого ей удалось бежать. После этого у нее возникла мучительная дисфункция желудка. Проведена психотерапия в форме внушения во внушенном мне состоянии отношения к пережитому, потерявшему всякое жизненное значение самосодания и борьбы с невзгодами, нервы в свои силы» и т. п. с последующим вышненным сном-отдыхом в течение одного часа. Десять сеансов психотерапии привели к полному и устойчивому исчезновению здоровья, причем прекратились не только все боли, но и объективно в желудочном соке впервые за 20 лет стали обнаруживать свободную соляную кислоту, повысилась и общая кислотность. Больная быстро стала поправляться. Она была под нашим наблюдением в течение 18 лет, продолжает чувствовать себя здоровой. Демонстрировалась в 1936 г. на конференции диспансера Украинского психоневрологического института и в 1954 г. на конференции отдела неврозов Центральной психоневрологической больницы.

Служит также указать на важность своевременной помощи, которую даст психотерапия в начальных стадиях развития гипертонической и именной болезни, а также, как упоминалось выше, в случаях (и даже тяжелых) психогенного базедоза. Нужно отметить, что наиболее эффективна смешанная психотерапия, проводимая сначала в бодрствующем состоянии в форме разъяснения, успокоения и убеждения с повторением того же самого уже в состоянии вышненного сна, в котором внушается «забвение всех имевшихся в прошлом тяжелых переживаний». Сеансы сопровождаются продолжительным вышненным отдыхом, который особенно необходим в тяжелых случаях, так как обычно не только нормализует тонус коры мозга, но и восстанавливает нарушенные функции вегетативно-эндокринной системы.

Многочисленные исследования в этом направлении были выполнены в 1947—1949 гг. нашим сотрудником М. И. Наштур (1953) в Харьковской эндокринологической клинике в диспансере Украинского психоневрологического института и в клинике неврозов Центральной психоневрологической больницы Министерства путей сообщения. Они показали, что случаи психогенного гипертиреоза требуют строго индивидуального подхода, приписания указанных выше приемов психотерапии с последующим длительным вышненным сном-отдыхом. Приведем одно из наблюдений М. И. Наштур, у которой из 75 обследованных ею больных тиреотоксикозом 48 имели психическую травму. У 22 из этих больных проводилась психотерапия с положительным результатом и с катамнестами, прослеженными в течение 3—4 лет.

5. Больная В., 27 лет, направлена в диспансер Украинского психоневрологического института эндокринологическим диспансером в октябре 1948 г. с диагнозом «гипертиреоз». Заболела остро в августе 1948 г. после испуга; во время дневного сна была разбужена рыками и заревом пожара вблизи своего дома. Появилось чувство тяжести в груди, ощущение «давящего тела» в горле, сильное сердцебиение. Такое состояние продолжалось несколько дней. Предполагая базедозную болезнь, врач назначил лечение препаратами йода. Через месяц больная отметила нарастающее увеличение передней части шеи. Состояние больной ухудшалось: увеличилась истинность, возникло ощущение «волн под кожей» во всем теле, резкая утомляемость и, наконец, полная потеря работоспособности. Утратила способность сама себя обслуживать, так как малейшее физическое напряжение ее сильно утомляло. Появилась нетерпеливость и повышенная слезливость.

Объективно: напряжение, дрожание вытянутых пальцев рук, глазные щели расширены, редкие мигательные движения, небольшой экзофтальм,

мягкая пульсующая струма, пульс 100 ударов в минуту, сист. артер. давление 160/90 мм рт. ст., обмен $+23\%$.

Проведено шесть сеансов успокаивающей и разъяснительной психотерапии в бодрствующем состоянии с последующим длительным отдыхом по назначению сна.

С первого же сеанса отмечено улучшение. К концу 1-й недели больные бодрее, уравновешеннее, наладился сон, пульс 74 удара в минуту, исчезли тягостные ощущения в теле, а затем исчезла и утомляемость. Больная уже могла делать прогулки на большие расстояния и выполнять домашнюю работу. Закончив лечение, уехала домой вполне здоровой. Демонстрировалась на конференции врачей.

Автором отмечены случаи базедова синдрома, развившегося по механизму внушения и самоощущения, который наблюдался у больных, отличающихся тревожно-мнительным характером (27 человек), например, после чтения в книге о базедовой болезни, после встречи с больными базедовой болезнью и т. п. Как мы уже указывали, развитие этого синдрома по механизму самоощущения находит свое обоснование в учении И. П. Павлова.

Принимая во внимание наличие психогенных тиреотоксикозов и положительную эффективность их индивидуальной психотерапии нужно считать большой ошибкой игнорирование терапевтами и хирургами такого рода терапии. В классификациях тиреотоксикозов психогенная форма базедова синдрома должна занимать свое место, причем следует учитывать, что эффективное лечение возможно путем индивидуальной психотерапии.

В связи с этим мы не можем согласиться с категорическим заключением П. Шильдера и О. Каудерса (1927), будто «в качестве нормального средства лечения базедовой болезни гипноз, монотонно, викарным образом рассматривать нельзя». Дело в том, что начинать всегда необходимо с анализа условий развития тиреотоксикоза. И если в его этиологии присутствует психогенный фактор, то применение гипнозосуггестивной терапии совершенно необходимо.

Психотерапия с последующим длительным сном-отдыхом была использована во 2-й терапевтической клинике Харьковского медицинского института (зав. — проф. С. Н. Сивельников) у 65 больных язвенной болезнью. Применялась групповая терапия сном. Лечение проводилось без применения снотворных в течение 20 суток; продолжительность сна составляла 15—17 часов в сутки. Полученные результаты оказались весьма обнадеживающими. Так, по данным С. Н. Сивельникова, интенсивность болей у этих больных до лечения была значительной: диспептические явления были выражены в значительной степени, кислотность желудочного сока у подавляющего числа больных была повышена, рентгеноскопически явственно выявлена у 56 человек. Уже с 3-го дня лечения интенсивность болей у большинства больных постепенно уменьшилась, и к 7—9-му дню лечения боли исчезли. При этом все больные находились на расширенной диете: кроме питания, полагавшегося по столу № 1 они получали мясные и рыбные блюда, фрукты, сыр, икру и т. д. Параллельно с исчезновением болей исчезали диспептические явления, кислотность желудочного сока заметно нормировалась, рентгеноскопически наблюдаемая язва исчезла у 35 человек из 56. Среднее нарастание массы за время лечения было от 2 до 3 кг, достигая у некоторых больных до 4 кг. Кроме того, отмечена зависимость эффективности психотерапии от типологических особенностей нервной системы. Так, в группе «возбудимых» больных отмечался меньший процент выздоровления, высокая эффективность лечения наблюдалась в группе «тормозных» и «уравновешенных» больных.

Для иллюстрации приведем одно из наблюдений.

Больной П. поступил в клинику 18.XI 1951 г. по поводу обострения язвенной болезни: резко выраженные боли, почти ежедневная рвота после приема пищи и другие диспептические явления. Болен с 1945 г. в январе 1950 г. боли участились, было желудочное кровотечение. С ноября 1951 г. резкое ухудшение, в эпигастрии при пальпации резкая боль, гастронии подавленное, повышенная реактивность. Рентгенография на малой кривизне желудка язвенная язва.

Применена терапия искусственным сном-отдыхом, причем в течение 24 дня больной спал по 15—17 часов в сутки. Время от времени в условиях искусственного сна делались соответствующие словесные внушения. Со сна вымывался внушением, с первого же дня больной засыпал хорошо, но в течение первых 10 дней просыпался от болей. Затем боли стали уменьшаться, вторую половину всего периода лечения спал спокойно и глубоко, без сновидений (как во время искусственного сна, так и ночью). По мере ослабления болей самочувствие и эмоциональное состояние постепенно улучшались, улучшался аппетит, уменьшались, а вскоре и совсем исчезли диспептические явления. Исчезла анатия, появилась пера в выздоровлении. Несмотря на расширенный пищевой режим, болей не было. Во время контрольной рентгеноскопии явля не обнаружена, больной выписался в уравновешенном эмоциональном состоянии с прибавкой в весе на 3,5 кг, просып в клинику 24 дня.

Как показали все эти наблюдения, соматологам необходимо иметь в виду возможность психогенных расстройств функций внутренних органов (чаще всего желудочно-кишечной и сердечно-сосудистой системы). В таких случаях психотерапия является прямо показанной. Нужно иметь в виду также возможность изменения под влиянием эмоционального состояния большого состава его желудочного сока во время самого взятия у него желудочного сока. Точно так же нужно иметь в виду условную лейкоцитарную реактивность, которая может проявиться при несоблюдении правил взятия крови, о чем мы уже упоминали выше.

Из предыдущего изложения видно, что психотерапия может быть использована и при таких болезнях, как бронхиальная астма, пароксизмальная тахикардия, гипертоническая болезнь в начальной стадии, особенно если в их основе лежат психогенные факторы.

Приводим весьма показательное в этом отношении наблюдение.

Больная 20 лет обратилась с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, возникающие без всякого внешнего повода по нескольку раз в день и длящиеся от одного до 4 часов, причем во время приступов частота пульса доходит до 140 ударов в минуту. Больна около 2 лет, все это время лечилась амбулаторно (фармако-гидротерапия) с диагнозом пароксизмальной тахикардии, улучшения не наступало.

В анамнестической беседе установлено, что начало заболевания было связано с психической травмой: однажды, находясь в ложе театра, увидела, что ее жених сидит с другой девушкой. Это ее сильно взволновало, сердцебиение участилось, долго не могла успокоиться. Ночь провела плохо, так как продолжалось учащенное сердцебиение, заснула лишь под утро. Хотя утром проснулась уже без тахикардии и в течение ближайших дней успокоилась, однако через несколько дней приступы тахикардии возобновились, и у больной возник страх, что сердечные приступы снова возобновятся.

Применена гипноэргетивная терапия с последующим после каждого сеанса длительным искусственным сном-отдыхом. После десяти таких сеансов приступы тахикардии прекратились, однако страх возобновления их еще долгое время держался. Ходит по улицам лишь в сопровождении

родных. Последующими сеансами гипносуггестивной терапии этот стресс был также снят. Продолжительными катарсами продолжен на протяжении 2 лет, рецидивов не было (наблюдение Р. А. Воронинной).

Особое значение в клинике внутренних болезней приобретает терапия вынужденным сном-отдыхом с соответствующими успокаивающими, подкрепляющими и перевоспитывающими словесными внушениями.

Больная после гриппозной пневмонии была в сильной степени истощена, слаба и апатична, жаловалась на упорную бессоницу и отвращение к пище. Состояние больной было угрожающим. После первого сеанса вынужденного сна-отдыха длительностью около получаса (анестезия скелетных мышц) почувствовала достаточно физическую бодрость и появился аппетит. Повторение в последующие дни вынужденного сна-отдыха длительностью до 8 часов окончательно восстановило ночной сон и аппетит. Состояние больной с каждым днем улучшалось и через неделю она свободна двигалась, чувствуя себя совершенно здоровой. Следует отметить, что в начальной стадии таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, назальная болезнь, туберкулез легких, одним из основных методов лечения является не только успокаивающая, но и ободряющая психотерапия, понимаемая в широком смысле, которая через кору мозга тонизирует функции эндокринно-вегетативной системы.

У больного туберкулезом таким путем может быть нормализован и пролонгирован сон, повышен аппетит и создана и укреплена пера в выздоровлении. Так, исследованиями Р. Я. Шлифер (1930) подтверждена правильность мнения ряда авторов о вредном влиянии на течение туберкулезного процесса отрицательных эмоций. Психотерапия же, наоборот, повышает тонус коры мозга и положительно влияет на соматические процессы, функции вегетативной нервной системы, содействуя эффективности борьбы с туберкулезом (Как правило, отмечают клиницисты С. И. Боткин, Л. А. Захарьин и др.) и дана при этом большое значение отрицательным переживаниям в развитии и обострении туберкулезного процесса. В наше время этот вопрос вновь поднят советскими авторами С. Д. Вознесенским, Е. В. Миртовой (1934), А. Л. Самойловским (1940), С. В. Берлиа-Чертовым (1948) и др.

Однако в обширной литературе о влиянии туберкулезной инфекции на психику нет никаких указаний о важном значении психотерапии для повышения тонуса коры мозга больных туберкулезом легких; в этом отношении имеются указания лишь самого общего характера. Применение психотерапии может быть полезно для больных туберкулезом не только со стороны соматической. Она бывает необходима также для устранения реактивных невротических состояний, возникающих в результате различного рода травмирующих психику факторов, нарушающих функции нервной системы больного и ставящих его организм в трудные для борьбы с инфекцией условия. Необходимо учитывать сильнейшую отрицательную астеническую реакцию физиков на само туберкулезное заболевание.

Для иллюстрации приведем одно из наших наблюдений.

8. Вольной И., 36 лет, наследственность не отягощена, обратилась с жалобами на то, что 2 года назад после тяжелой психической травмы (смерть жены и ребенка) у него был обнаружен туберкулез легких. Отмечено отсутствие аппетита, бессонница, раздражительность, общее недомогание, полное отвращение к жирам, кахексия, кашель с мокротой, содержащей туберкулезные бактерии. Реакция оседания эритроцитов по Лиссмеру 45 минут. Со стороны нервной системы отмечаются невротические явления.

Применена гипносуггестивная терапия с целью изменить отношение

больного к пережитому, устранить расстройство функций вегетативной нервной системы. После предварительной беседы больной погружен в глубокую дремоту, в которой ему внушалось спокойное отношение к семейному горю и к его заболеванию туберкулезом, бодрость и уверенность в выздоровлении, что привели сон и аппетит: «Вы судите, есть все с удовольствием, от этого зависит ваше выздоровление. Вы будете есть масло и жирную пищу. Вы с кайфом относитесь к воспоминаниям о случившемся несчастии, у вас все, рухнувший интерес к жизни, душевные силы и бодрость» и т. д. Связь между сеансами прошла через день; с каждым разом состояние больного улучшалось. После 4-го сеанса аппетит улучшился настолько, что больной ел с удовольствием 5—6 раз в день, употребляя много масла. О смерти жены и ребенка вспоминал спокойно. Через 10 дней прибавил в весе на 3 кг. В течение 3 недель было проведено восемь сеансов: самочувствие хорошее, больной «не унывает себя», в весе прибавил на 4 кг, температура 37,2—37,1°, уменьшился кашель и количество выделяемой мокроты, лишь изредка в мокроте обнаруживались единичные bacilli (до проведения внушения их было 12—14 в поле зрения). Фтизиатром констатировано значительное ослабление объективных признаков процесса. Больной уехал и через 4 месяца написал о своем полном благополучии: «Я счастлив, что попал на лечение в психоневрологический диспансер. Целый год я лечился в Крыму в туберкулезных диспансерах, но это не дало улучшения. Диспансер помог мне стать здоровым. Я ем хорошо, ем жиры, ем все хорошо, спокойнее вспоминаю мучивший меня ранее образ жены и ребенка. Палочек в мокроте нет, процесс закрылся. Я прибавил за это время в весе на 12 кг, снова вернулся к жизни и уже начал работать» (наблюдение Р. И. Шлифер).

Наблюдения показали, что и групповая психотерапия (в форме психотерапевтических и психопрофилактических собеседований и лекций в туберкулезных санаториях и диспансерах) также должна занимать видное место. Нам лично пришлось убедиться в значительной пользе этих лекций и бесед, которые проводились нами в различных санаториях (Бакурин и, Румы).

Все это говорит о постоянной необходимости обращать внимание на общее состояние психической сферы больных туберкулезом легких.

Для успеха лечения этих больных необходимо изучать не только состояние их легких, но и состояние их психики, высшей нервной деятельности. Нужно лечить не только болезнь, но и больного. Все это требует от фтизиатра достаточно глубокого знакомства с физиологией высшей нервной деятельности, а также систематического применения методов психотерапии. Именно таким путем оказывается возможным повышать защитные силы организма, стимулировать соматические процессы и содействовать больному туберкулезом в борьбе с его болезнью.

Мы полагаем, что дальнейшие исследования и наблюдения в этом направлении должны привести к признанию необходимости включить психотерапию в комплекс применяемых в туберкулезных санаториях терапевтических мероприятий.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В хирургической клинике со специфическими для нее оперативными вмешательствами имеются те же особенности, что и в психиатрии. В частности, это — воздействие которых не может не отражаться на состоянии корковой динамики больного. Поэтому именно в условиях хирургической клиники чрезвычайно выражена профилактическая и терапевтическая значимость своевременно и правильно примененного словесного воздействия.

Следует отметить, что в России пионером применения в хирургии внутривенной анестезии во внутривенном введении обезболивания был П. П. Подьяпольский (1915). На Украине этот метод впервые был применен в гинекологической клинике А. П. Николаевым (1923), в хирургической и гинекологической клиниках Пани и Г. З. Вельяминовым (1923), а затем неоднократно применялся другими нашими сотрудниками.

Первая хирургическая операция под гипнозом с нашим участием состоялась и удачно поставлена систематических спячек (оперировал проф. И. И. Дудкоцкий).

Поводом краткое описание

Больная И., 23 лет, жаловалась на боли из-за спячек после произведения лишь только от налад анестезии. Для производства и успешной операции внутривенной анестезии было проведено четыре подготовительных сеанса систематического внутривенного введения во внутривенном сне, в которых внушалось спокойное отношение к предстоящей операции. В день операции, за несколько минут до нее, больной, усиленной в палате путем систематического внушения был внушен полный двигательный и чувствительный паралич нижней половины тела, преобладавший как бы «от влияния поясной перетяжки тела животом». Затем больная, находясь в состоянии внутривенного сна, была переведена в операционную, где и была оперирована. Во время разреза кожи, фасции, брюшины и остановки кровотока больная была абсолютно спокойна: спокойное выражение лица и дыхание, равномерный пульс (68 ударов в минуту). Обнаружены множественные спячки, причем слепая кишка оказалась заключенной в мембрану из образовавшихся спячек. Удаление спячек не вызвало реакции со стороны лежащих, но в момент напряжения брюшки появился беспокойство: «По-моему не так спокойно сплю?», «Мне неприятно, хочу домой!», «Скажите профессору, что не хочу операции!». Пульс, бывший все время равным мерным, хорош его наполнения, участился до 100 ударов в минуту. Больной внушено успокоение и приятное сновидение: «Вы находитесь на лодке с веслами и спите спокойно в лунную ночь» и т. д., после чего больная успокоилась и снова спокойно. Очевидно, внушение сновидения, создавшего очаг раздражения в коре мозга путем отрицательной индукции, интормально интормпентивно раздражаемый район коры, избавил больную от неприятных ощущений. После операции больная в том же состоянии внутривенного сна была переведена в палату, где и была разбужена. Самочувствие очень хорошее, полное отсутствие представления о совершившейся операции, длившейся в течение часа. В тот же день после соответствующего словесного внушения легко и без всякой напряженности восстановилась функция мочеиспускания. После заживления раны первичным наложением выписана в хорошем состоянии.

Второй наш опыт внутривенного обезболивания при хирургическом вмешательстве, также проведенном во внутривенном сне, был по поводу паховой грыжи у больной В. Операция была произведена в хирургическом отделении 2-й Харьковской больницы и прошла так же успешно.

Чтобы показать диапазон применения гипнозуггестивной анестезии в хирургической практике, отметим операции произведенные во внутривенном сне некоторыми хирургами Украины и РСФСР. Напомним прежде всего о применении гипнозуггестивной анестезии Пани, этом П. П. Подьяпольским. В период первой мировой войны с его участием было произведено безболезненно во внутривенном сне около 30 хирургических операций: иссечение венозных узлов вдоль всей нижней конечности, резекция ребра, носовой перегородки, удаление зуба из альвеолярной кости и т. д. На участие П. З. Вельяминова проф. М. Б. Фабрика из 1-й Харьковской студенческой больницы в 1924 г. были произведены также операции, как

удаление пейрингма Ботра, фиброзной молочной железы, постоперационных радект, и др. Отметим описания В. А. Бахтияровым (1935) первичного рака желудка, по обширности операционного поля и по сложности выполнения операции (2½ часа) опыт гипносуггестивной анестезии при резекции и т. радект, проведенной хирургом И. И. Варгашевым в хирургическом отделении Свердловской железно-дорожной больницы. Пациенту оперировано семь верхних ребер и отсекари-рипапа от рака желудка и туберкулезом легких 20 лет, которая была выполнена в течение 1½ часов. Пациенту противопоказано применение гипносуггестивной анестезии, как и послеоперационный период, прошла хорошо в отношении и о ней больной не помнит.

Если в описанных выше случаях операции проводились хирургами или седиатами врачей гипнологов, то примеры, приводимые ниже, указывают на возможность не только гипнозуирования самим хирургом, но и одновременно проведение им же и операции. С. М. Берг (1926), первый из русских хирургов применивший вполне самостоятельно гипноз для обезболивания, сделал интересные наблюдения, касающиеся использования приемов словесного внушения в хирургической клинике.

Немалый интерес представляют клинические наблюдения хирурга П. И. Щеглова (1930), который также успешно оперировал под гипнозом. Из 18 таких операций в одном случае была пробная лапаротомия по поводу рака шейки матки, в одном — ампутация матки, в двух — эктомия молочной железы, в одном — пластика сынца околоушной железы, далее — пластика по Таршу, по Мареску, пересечение части щитовидной железы, пересечение при раке шейки матки, подвздошная ампутация фиброматозной матки, вентрофиксация и, наконец, девять аппендэктомии. Все эти операции проводились в условиях словесного обезболивания во внушенном сне, без применения каких бы то ни было наркотических веществ.

Далее, в хирургической клинике I Московского медицинского института хирургом Р. А. Парамоновым без помощи врача-гипнолога были успешно проведены во внушенном сне две операции грыжесечения, пять операций удаления липом и ганглиом, два вылизывания фаланг, вскрытия флегмон и абсцессов (20 случаев) и удаление зубов (28 случаев). При этом хирургами была признана полная возможность и целесообразность одновременного словесного усиления и проведения операции. Тот же метод гипносуггестивной подготовки больных базедовой болезнью к операции с успехом применялся Г. М. Гуревичем и И. С. Маслауном в хирургической клинике Харьковского стоматологического института.

Как показали наблюдения С. М. Берга (1926), у лиц, легко поддающихся внушению, малые хирургические операции могут производиться в условиях внушенной анестезии и бодрствующем состоянии. Он отмечает, что в амбулаторных условиях внушенная анестезия в бодрствующем состоянии может быть получена у многих больных чаще, чем это принято думать. Попробим мы, в основе этого явления лежит то обстоятельство, что как при естественном снае, так и при хирургической операции по неост-ложным показаниям, тонус коры мозга больного оказывается резко сниженным, а инту вместо резко повышенный, что в соответствующих случаях и должно быть использовано хирургом. Следует отметить, что опыт применения внушенной анестезии оправдал себя также в амбулаторной зубо-врачебной практике, даже при тяжелых стоматологических операциях, не говоря о неслыханных, причем зубы и корни в ряде случаев удаляли при наличии перипоститов (И. З. Вельновский, Харьковская студенческая поликлиника).

Все это указывает на действительную возможность проведения различного рода хирургических операций, даже полостных, не под наркозом, а во внушенном сне. Если гипносуггестивный метод не может быть широко применен в силу особых условий предварительной подготовки больного к операции, то его нужно иметь в виду во всех тех случаях, когда противопоказано применение химического наркоза. Более широко гипносуггестивный метод может быть использован в форме так называемого гипнонаркоза, когда одновременно с внушенным сном дается небольшая доза наркотиков (эфир, хлороформ). Опыт показывает, что даже при длительных операциях потребление в этих условиях наркотических средств может быть снижено на 70—80% (С. М. Берг, В. А. Бахтияров, Д. И. Щеглов, И. Э. Вальвовский). Так, Д. И. Щеглов из 18 операций 13 провел под гипнонаркозом, при резко уменьшенной дозировке химического наркоза. Иногда же, когда во время хирургической операции под гипнозом у больного появляется боль, то для углубления внушенной апатии дается небольшое количество наркотизирующего вещества (20—30 мл эфира).

Широкие возможности для применения внушенного сна и словесного внушения открываются в предоперационном и послеоперационном периодах. Естественно, что особое внимание хирургов должно привлекать психическое состояние больного перед предстоящей операцией, так как в этих условиях на кору его мозга падает целый комплекс разнообразных сильных раздражителей, зачастую травмирующих больного. Применение словесного внушения и внушенного сна в предоперационном периоде удовлетворяет решительно всем требованиям охранительного режима в этом периоде. Страх и волнение перед операцией, как и сам вид операции, иногда вызывает у больного реактивное психотическое состояние, бессонницу, отсутствие аппетита, общий или местный кожный зуд и т. д.

Все это без особого труда и в кратчайший срок может быть устранено путем соответствующего словесного внушения. Как показали наши наблюдения, весьма полезна длительная терапия сном, проводимая во внушенном сне, без дачи каких-либо химических снотворных или же при минимальной их дозировке. Следует отметить, что в предоперационном периоде можно использовать метод групповой подготовки в форме одновременного внушенного сна нескольким человек и течение более или менее длительного срока, применяя для этой цели те или иные первосигнальные раздражители. Усиление может быть ускорено путем дачи в первые два-три сеанса 0,75—1,0 хлоралгидрата или 0,1—0,15 амитал-натрия или же применением коленного внушения с дачей соответствующего индифферентного вещества.

Приводим пример успешного применения психотерапии у больной с тяжелым предоперационным психотическим состоянием.

Больная С., 38 лет, поступила в хирургическую клинику для операции по поводу туберкулезного поражения XII грудного и I поясничного позвонков. При поступлении жалобы на повышенную раздражительность, неустойчивое настроение, плохой сон, отсутствие аппетита. Ввиду тяжелого реактивного состояния больной, обусловленного основным заболеванием (туберкулез позвоночника), операция (фиксация позвоночника по Ольби) не могла быть произведена немедленно и ее пришлось отложить. Однако после двухмесячного пребывания больной в клинике в ее состоянии наступило ухудшение: сильные головные боли, тошнота, рвота, сердцебиение, боли в области сердца, почти полное отсутствие сна и аппетита (без каких-либо признаков органических поражений внутренних органов и нервной системы). По заключению невро-

патолога, очаговых и менингеальных симптомов нет. Функциональный невроз с истерическими реакциями, вегетативная дистония. Так как состояние больной ухудшилось, а лекарственная терапия эффекта не дала, решено ее оперировать.

Общие вид, бег и ее поза были весьма характерны: лежат на спине с вытянутыми, устремленными в потолок, боясь повернуть голову, «чтобы сразу не выпала рюга». Голосит шепотом, жалуется на головные боли и частую рвоту, почти ничего не ест, ночью почти не спит, засыпая, тогда слышит «кошмарные сновидения», непрерывно находят и в состоянии страха временами приступы тахикардии, сопровождающиеся слышимыми в области сердца. Сознавая, что в таком состоянии она не может быть оперирована, а без операции ей угрожает обострение процесса в бронхах, пришла к мысли о самоубийстве.

На первом курсе гипнозусуггестивной терапии быстро заснула, внушалось отстранение головной боли, хороший сон и аппетит, бодрое настроение, стремление быстрее окрепнуть перед операцией. Разъяснено, что все ее тяжелые переживания являются следствием утомления нервной системы и что под влиянием психотерапии все страдания исчезнут. Проставшись без головной боли, в хорошем настроении, заявила, что «хочет есть». В дальнейшем сеансы проводились ежедневно, а затем через день. Наконец, сеансы были заменены беседами, проводимыми в бодрствующем состоянии. В течение первой же недели психотерапии у больной появился интерес к окружающему, она стала хорошо спать и есть, начала читать и вышивать. А через 2 месяца после этого, когда она достаточно окрепла, была сделана операция — костнопластическая фиксация позвоночника по Ольби. Выписана в хорошем состоянии. Через 6 месяцев явилась в клинику и подтвердила свое благополучие (наблюдение Ф. Ф. Сивенко).

Широкое поле для применения словесного воздействия представляют послеоперационный период. По свидетельству С. М. Берга, у 50% больных всякого рода жалобы могут быть устранены путем словесного внушения в бодрствующем состоянии, а у остальных — в легком, искусственной дремоте. Таким путем может быть устранена боль от ран, от перевязок, тягостные послеоперационные болевые ощущения вне операционного поля из-за вынужденного неподвижного положения в постели. Путем простого словесного внушения можно снять ощущение мучительного голода. Это легко осуществляется путем внушения мнимого кормления. Наконец, таким методом устраняются наблюдающиеся после химического наркоза явления задержки газов, мочи, ее недержание и т. д. В таких случаях словесное внушение устраняет необходимость в газовой трубке, в катетере и в инъекции наркотиков.

Таким образом, метод словесного внушения является важным вспомогательным средством в хирургической клинике. Однако нет оснований думать о систематическом применении метода гипнозусуггестивного обезболивания при больших и сложных операциях и полном вытеснении химических средств анестезии. Тем не менее сочетание метода искусственного обезболивания с местной анальгезией должно занять в хирургической практике важное место. В интересах больного среди других профилактических мер, применяемых в предоперационном порядке, всегда желательно предварительно проверить, можно ли использовать для целей обезболивания также метод гипнозусуггестивной анальгезии. Необходимо иметь в виду, что в случае неудачи словесного усыпления успех может быть обеспечен предварительным приемом небольших доз спонтанных как безусловных раздражителей. Большие возможности словесного внушения должны привлечь к себе самое серьезное внимание хирургов, что нами уже давно подчеркивается (К. И. Платонов, 1925 в).

Первые ранние попытки применения гипнозгипестивного метода в хирургии убедили наших отечественных хирургов — пионеров признание гипнозгипестивного значения для целей обезболивания — в его значимости и необходимости ожидания из самими хирургами. Методика словесности внушения и гипноза должна быть усвоена каждым хирургом «в такой же мере как и метод химической парколизации» (С. М. Берт). Вместе с тем не менее очевидна необходимость внедрения этого метода в повседневную хирургическую практику (Д. И. Цетлер). Поэтому нужно считать вполне правильным замечание А. Н. Базулюк (1931) замечание о том, что «кратковременный период увлечения гипно-наркозом предан забвению, и этот истинно физиологический метод воздействия на психику хирургического больного остался в начаточной фазе своего развития...»

ПСИХОТЕРАПИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИПНОКОЛОГИЯ

Переходим к вопросу о применении психотерапии и психопрофилактики в области акушерства, в основном при обезболивании родов и борьбе с токсикозами беременности и нарушениями лактации.

Нужно сказать, что попытки обезбоживания родов словесным внушением делались еще в XIX столетии. Однако систематическая разработка обезбоживания родов как массового мероприятия стала возможна только в Советском Союзе, где Коммунистическая партия и Советское правительство проявляют большую заботу о матери и ребенке. Уже с 30-х годов текущего столетия в нашей стране стали постепенно изучать различные фармакологические родообезболивающие средства, а с 1931 г. стал применяться метод гипнозгипестивного обезболивания. В конце 30-х годов сложилась идея о том, что родовые боли в той форме, в какой они проявляются у большинства женщин, представляют также и продукт ускоренного (среды населения) убеждения в их роковой неизбежности и неустрашимости. В предшествующие времена здесь в значительной мере сказывалось также влияние известного библейского предания.

Наши первые исследования в этом направлении относятся к 1925 — 1928 гг. Сотрудничая тогда с врачом-акушером М. В. Шестипаловым (1925) и психоневрологами В. М. Кисловым (1929), П. П. Итоминым (1930) и Р. Я. Шафер (1930), мы убедились в преимуществах применения нами гипнозгипестивного метода для обезбоживания родов перед медикаментозным (см. в приложении историю болезни родов с использованием гипнозгипестивного метода). Вместе с тем мы пришли к заключению, что в возникновении родовых болей во многих случаях немалую роль играет физиологический механизм тупения и самонущения. К такому же выводу в этом вопросе пришел также А. П. Николаев (1924), который одновременно с нами и независимо от нас также применял для обезбоживания родов словесное внушение во внушенном сне.

В дальнейшем мы с нашими сотрудниками (психоневрологи Э. А. Коппель-Левина, П. В. Переверзев и Ю. П. Токин и акушеры В. П. Проппен, Н. Т. Цветков и М. П. Кисаев) предприняли широкую и детальную работу по приему обезбоживания родов гипнозгипестивным методом (К. Н. Платонов, 1936—1937 и 1941). Накопленный нами материал (770 случаев) показал значительную эффективность метода словесного внушения, применение которого устраняет или же резко ослабляет родовые боли. Этот метод эффективен как во внушенном сне, так и в бодрствующем состоянии. Мы полагаем, что медленнотекущих акушерских родов, что родовые боли являются «нужны для нормального течения родов», и поэтому необходимо принимать меры, направленные на устранение родовыми родами родо-чувствительных аффективных эмоций (тревога, страх).

Наши исследования свидетельствуют о том, что при медикаментозном обезболивании немалую роль играет также скрытый психический фактор — психический дискомфорт, связанный с ожиданием фармакологического фактора (К. П. Платонов, 1938, 1940). Вместе с тем было установлено положительное значение самой подготовки беременных к безболезненным родам, как индивидуальной, так и групповой, ибо при помощи нее непрерывно у беременных стрипательные эмоциональные состояния, связанные не только со страхом и волнением перед самими родами, в дальнейшем приходящими психическими травмами.

В этом же подготовительном периоде часто открывались различные критерии реактивных непроизвольных состояний, зачастую и иррациональных акушерских (А. К. Киниль-Левина). Этот факт еще больше подчеркивает необходимость профилактического и психотерапевтического значения акушерских психопрофилактических мероприятий.

Значение психопрофилактики особенно ярко демонстрируется успешным обезболиванием у тех рожениц, которые во время беременности прослушали популярные лекции об обезболивании родов.

Полученные результаты были получены в большом числе случаев и другими авторами: В. П. Жарономысловым (Москва, 1930—1938), М. В. Вигдорovichем (Ленинград, 1937—1941), Э. А. Каган и Г. Г. Белогорским (Ленинград, 1931), М. М. Сыркиным (Киев, 1949), А. Ф. Гончаридзе и И. А. Теровакимовым (Тбилиси, 1930), В. М. Писловым (Донецк, 1929, Тула, Пятигорск, 1947). Так, В. М. Кислов в своей практической работе провел свыше 100 обезболиваний родов с положительным результатом, используя словесное внушение. Им же была выведена предварительная дорожная психопрофилактическая подготовка беременных в консультациях.

Как показал опыт последних лет, массовое решение задачи обезбоживания родов могло быть обеспечено применением психопрофилактического метода, разработанного Н. З. Вельвовским, И. А. Плотичер и Э. Л. Шугом (1950, 1954). В основе этого метода лежат специальные мероприятия по подготовке беременных к правильному доведению во время родового акта.

Метод психопрофилактического обезбоживания родов в настоящее время применяется во многих городах Советского Союза.

Если же в отдельных случаях методом психопрофилактики обезбоживания родов не удается достигнуть, то необходимо прибегать к словесному внушению во внушенном дремоте или же к словесному внушению в бодрствующем состоянии, что особенно важно, когда применение медикаментозных средств противопоказано.

Метод словесного внушения в бодрствующем состоянии или во внушенном дремоте может применяться и при послеродовых осложнениях (болезненное отделение плаценты, наложение швов при разрывах промежности) и, наконец, при маловесии младенца (наблюдения Э. А. Киниль-Левина, И. Т. Цветкова, а также и В. И. Здратовского, 1938).

Нельзя не отметить огромной показательной работы по применению словесного внушения и акушерство, проведенной в течение 21 лет в Ленинграде акушером М. В. Вигдорovichем в 15 гинекологических, организованных под его руководством Ленинградским гор. дек. мед. с.-м. здравоохранения. В этих гинекологических учреждениях уже проведено обезбоживание 4572 родов с положительным результатом в 91% случаев, устранение токсикозов беременности с положительным эффектом в 95% случаев (400 наблюдений), устранено 126 мнимых беременностей.

Кроме того, метод словесного внушения в гипнотическом состоянии эффективен при угрожающем выкидыше. Как показали систематические исследования М. Я. Милославского (1951, 1952, 1954), путем словесных внушений в гипнозе можно повысить возбудимость матки, подавить схватки, а также снизить и прекратить кровянистые выделения при угрожающих прерываниях беременности. Так, по его данным, из 387 беременных довести беременность до срока 87% из них 30% роженки имели в среднем приращенные выкидыши и по 5—6 предвешенных беременностей. Эти исследования имеют большое практическое значение.

Далее, метод словесного внушения в бодрствующем состоянии и во внушающим состоянии может быть с большим успехом применен в послеродовом периоде, в частности, при дисфункции молочных желез. Исследования В. П. Здравомыслова (1948, 1949), применившего впервые в Советском Союзе этот метод при расстройстве лактации показали большую его эффективность (около 100%). Метод был применен у 77 роженки, причем у подавляющего их числа наблюдался быстрый и стойкий положительный результат под влиянием одного двух сеансов внушения. В. П. Здравомыслов описал также случаи устранения путем внушения спазма сфинктера молочной железы, сопровождавшегося спастическими явлениями и в других органах — запорами, задержкой мочеиспускания, болезненными сокращениями матки. Кроме того, В. П. Здравомыслов устранял с помощью внушения послеродовые боли, эмбриониты маточных кровотечений, дисменорею, бесплодие, половые извращения (мастурбации, вагизм). Аналогичные результаты получены М. Я. Милославским (1954) применением гипнозусуггестивной терапии с целью регулирования деятельности молочных желез.

О возможности устранения словесным внушением явлений так называемых токсикозов беременности мы уже писали выше. Мы еще раз подчеркиваем, что при такого рода страданиях беременных этот метод должен привлечь особое внимание акушеров, тем более что большинство страдающих оказывается хорошо внушаемыми и гипнабельными.

Несколько более подробно следует остановиться на возможности устранения путем гипнозусуггестивной терапии той формы токсикоза беременности, которая проявляется в виде хореического гиперкинеза.

1. Беременная К., 25 лет с тяжелым токсикозом беременности в форме хореического гиперкинеза направлена акушерами на медицинскую консультацию для решения вопроса о прерывании беременности. Предыдущая беременность была у нее прервана по тем же медицинским показаниям. По этому поводу К. обратилась в диспансер Украинского психоневрологического института.

После четырех сеансов гипнозусуггестивной терапии гиперкинез был купирован и беременность была сохранена (наблюдение Е. А. Воронилин).

Приводимый ниже пример терапии токсикоза беременности иллюстрирует значение обычного фармакологического лечения (внутривенное введение кальция) и словесного внушения.

2. Беременная О., 26 лет, обратилась к нам на 8-й неделе четвертой беременности. Рвота началась с 7-й недели беременности. После двух сеансов гипнозусуггестивной терапии наступило улучшение. Затем, по случайным причинам психотерапия была прекращена и в течение 2 недель проводилась кальциевая терапия. Однако вследствие безуспешности последней, была вновь применена гипнозусуггестивная терапия, которая дала быстрый и полный эффект (наблюдение С. П. Исфен; рис. 87).

Былают случаи когда уже после произведенного аборта рвота продолжается, т. е. не исчезает зафиксировавшаяся в коре мозга рвотная реакция. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение.

3. Большая К., 34 лет, имеет восьмую беременность, причем первые три прерваны из-за рвоты. II-й изведенный аборт рвоты не устранил. Ввиду того что все явления токсикоза продолжались в течение 10 дней после аборта, возникла необходимость в психотерапии. Внутренним, про-



Рис. 87. Схема развития токсикоза у беременной О. и эффективности гипносуггестивной терапии

1 — частота рвоты за сутки; 2 — самочувствие; штрихи обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

изведенным во внутреннем сне средней степени, рвотная реакция и весь сопутствующий синдром были устранены (рис. 88). Повидимому, здесь имела место патологическая инертность создавшейся в коре мозга «токсикозной» динамической стереотипии.

Отметим, что во внутреннем сне также можно проводить санацию ротовой полости беременных и экстракцию зубов.

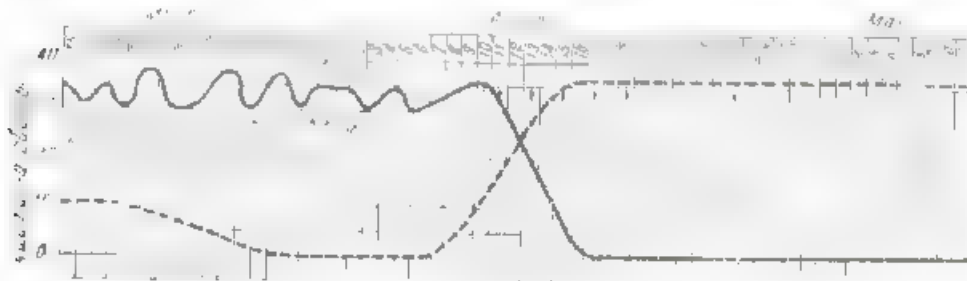


Рис. 88. Схема развития токсикоза у беременной К. и эффективности гипносуггестивной терапии.

1 — частота рвоты за сутки; 2 — самочувствие; штрихи обозначают сеансы гипносуггестивной терапии.

Нужно сказать, что гинекологи до сих пор далеко еще не в достаточной степени учитывают функциональные психогенные расстройства. В этом отношении они отстают от акушеров, хотя известный отечественный гинеколог В. Ф. Снегирев еще в конце прошлого и в начале нынешнего столетия первым заговорил о значении психического фактора при гинекологических заболеваниях и о необходимости психотерапевтических воздействий. Психогенным факторам и психотерапии в гинекологии большое значение придавал в 20-х годах нашего столетия московский гинеколог В. Г. Дик. Его практический опыт применения психотерапии в гинекологии показал, что развитие определенных заболеваний генитальной сферы женщины в значительной мере обусловлено психоте-

Так как наш опыт в этой области невелик, мы, ссылаясь на других авторов, ограничимся указанием на то, что психогенными по природе могут быть овариазм, вагинизм, расстройства менструаций — дисменореи, аменореи, меноргии и метроррагии, а также бели. Во всех этих случаях психотерапия является единственным патогенетическим лечебным средством. Иллюстрацией служат многочисленные наблюдения П. П. Истомина, В. П. Варек, К. В. Кноплера, затем работы А. П. Николаева (1924), В. Г. Дика (1925, 1927, 1929), В. И. Здравомыслова (1930, 1936), В. А. Бахтварова, (1930) М. В. Вигдорника (1938, 1949).

Что касается хирургической гинекологии, то и здесь можно применить метод системного дыхания и бодрствующем состоянии и по душевному сну, как и в общей хирургии. Так, значительный опыт накоплен в отношении гипносуспензионной анестезии при операциях вылабливания полости матки (М. О. Пэйсон и Р. Я. Шлиффер, 1925, К. П. Казанецко-Трипедов, 1925, В. Г. Дик, 1927, Л. Г. Амфитеатров, 1936; В. И. Здравомыслова, 1938).

Нередко можно услышать замечание о нецелесообразности обезболивания при столь простом хирургическом вмешательстве, каким является выскабливание полости матки. Для обоснования своих наблюдений мы можем сказать, что эта операция для многих женщин является тяжелой и соматической и психической травмой. Чтобы убедиться в этом, нужно только понаблюдать за больной непосредственно после операции, а особенно за состоянием ее нервной системы в последующие дни. Так, нам приходилось встречать женщин, у которых тяжелые невротические состояния с преобладающим вегетативных компонентов были связаны именно с этой операцией.

Без сомнения, метод внутривенной анестезии при такого рода операциях является наиболее подходящим, так как влияет не только на физическое состояние больной, но и на ее психику.

1. Больная К., 38 лет, перенесла в состоянии внутривенного сна операцию абгуса сальпект, длившуюся 25 минут. Расширение весьма узкой шейки матки с ретрофлексией требовало много времени и усилий. Операция прошла благополучно во всех отношениях. Больная не чувствовала боли, которая в таких случаях бывает весьма сильной, спокойно спала, не делала никаких движений, не отмечалась соответствующей реакции со стороны пульса, кровоотечение было небольшим. После пробуждения воспоминаний об операции отсутствовали.

О благоприятном влиянии гипносуспензионной анестезии сообщает Л. Г. Амфитеатров (1933), который применил этот метод в 256 случаях выскабливания полости матки, причем он и уснышил, и оперировал самостоятельно в 211 случаях операция была успешно проведена во внутривенном снe, в 23 — с предварительной инъекцией морфина и в 22 — под местной анестезией. Приводим пример гипносуспензионной терапии в предоперационном периоде.

2. Больная Я., 28 лет, обратилась по поводу предположения беременности (третьи аборт). Не выносила болевых ощущений. При первом аборте дела себя столь бурно, что врач, проводя и пытаясь канал только несколько расширителем, не мог продолжать операцию и больная была отправлена в палату.

На следующий день попытка закончить операцию была также безрезультатна, вследствие чего был применен общий наркоз. При втором аборте больная вырвалась из рук санитаров, опрокинула инструментальный стол и упала со стола. Поэтому операция была сделана под общим наркозом, плохо перенесенным больной. При мыслях и разговорах

о предстоящем аборте больная приходит в возбужденное состояние. Проведено пять предварительных сеансов словесного внушения ежедневно.

Больная успокоилась, перестала думать об операции, спокойно разговаривает о ней и больше ее не боится. В операционной на столе находится ~~различные инструменты~~ ~~инструменты~~ ~~спя~~ На введение инструментов не реагирует, введено 60 мл 0,25% раствора новокаина. Во время операции лежала спокойно, а после пробуждения самочувствие было хорошее. Больная рассказывала, что слышала и сознавала все, но боли не ощущала и испытывала «совершенно безразличное отношение ко всему происходящему».

Л. Г. Амфитеатров, располагавший огромным хирургическим материалом, также подтвердил указания отдельных хирургов о меньшей кровопотере при применении гипносуггестивной анестезии. Он также указал и на лучшую сократимость матки.

Насколько итрогенизм в гинекологии, нужно сказать, что гинекологические больные, действительно, наиболее подвержены итрогенным заболеваниям. Гинекологи, а нередко и врачи других специальностей, часто в категорической форме высказывают пугающие и травмирующие психику суждения и ставят такие же диагнозы.

«Кто это так вас изуродовал?» — спрашивает гинеколог, обнаруживший у женщины разрыв шейки матки. «У вас разрыв матки. Разве Вы не испытываете болей в пояснице?» и т. д. Если в этих случаях, подобных первому, у некоторых больных может развиться реактивная депрессия с целым рядом соматических симптомов, то в случаях, аналогичных второму, развиваются симптомы, соответствующие словам врача, скажем, надолго фиксирующиеся боли, которых раньше не было.

По мнению В. Г. Дика (1927), надо быть особенно осторожным с диагнозом *г о н о р р е я*, который для некоторых женщин является поистине разрушением жизни, тем более что этот диагноз нередко может быть ошибочным. Мысль о гоноррее настолько фиксируется у женщины, что, — как говорит В. Г. Дик, — «иногда легче бывает ликвидировать реальную гоноррею в половых органах женщины, чем выселить воображаемых гонореек из ее психики».

Иллюстрацией может служить наше наблюдение над одной девушкой 25 лет, страдавшей психогенными белыми. Сельский врач по своей неопытности поставил диагноз «трипер», с симптомами которого больная познакомилась на лекции.

Взволнованная этим диагнозом, она вскоре стала ощущать и другие симптомы, которых у нее раньше не было: боль при мочеиспускании, частые позывы, без каких бы то ни было местных изменений и бактериологических данных. Во время навязчивого представления о гоноррее и об ожидаемых осложнениях больная находилась в течение 2 лет, и лишь психотерапия ей помогла.

Нам пришлось наблюдать 28-летнюю больную, которой врач-гинеколог заявил о возможности бесплодия (по состоянию ее гониталий) в следующей форме: «Ну, матушка моя, хоть вы еще и молодая, но вы — уже погибшая женщина: детей не ждите. Никто и ничто не поможет вам». В результате психической травмы возникла тяжелая реактивная депрессия с мыслями о самоубийстве. Гипносуггестивная терапия устранила невроз и вернула больной душевное равновесие.

Вопрос о бесплодии является для многих женщин весьма болезненным вопросом, поэтому форма приписывания этого диагноза имеет для них существенное значение, тем более что здесь возможны частые ошибки.

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ

Устранение невротических реакций у детей с помощью психотерапии, проводимой в виде сеансов словесного внушения во внушаемом сне, обычно дает столь же положительный эффект, как и при лечении взрослых. Мы считаем нужным коснуться именно вопроса о гипнозугипнотической терапии подростков, так как многие врачи применение этого метода считают нецелесообразным как якобы «ослабляющего волю и понишающего и без того высокую внушаемость у детей и подростков».

Детальные наблюдения привели нас к убеждению, что это не так и что гипнозугипнотическая терапия психогенных невротических (а также реактивных психотических) состояний у подростков дает быстрый и стойкий эффект.

1. Юрий П., 11 лет, ученик 4-го класса ереховской школы, спокойный, уравновешенный мальчик. Приведен матерью с жалобами на чрезмерную раздражительность, непослушание, вспыльчивость, грубость, плаксивость, проказы. Если ему при ссорах с мальчиками не удастся как следует ответить, то после возвращения домой он «падает в истерику»: падает на пол, бьется об пол ногами и руками, швыряет вещи на пол, бьет окна, плачет. То же происходит и после каких-либо замечаний со стороны матери, к которой относится грубо и недружелюбно. Иногда после замечаний матери повзвиздывает и ухаживает из дому, несмотря на позднее время. Если после возвращения видит, что мать спокойна и не обращает на него внимания, с озлоблением начинает швырять на пол стулья, книги, подушки, матерья и все, что находится на столе. При этих вспышках обычно кричит: «уйду и не приду!». Затем, после отвлекающих мероприятий со стороны матери, успокаивается, начинает плакать, просит прощения, просит его поцеловать и доказать, что действительно, она его простит.

Такое «нервное состояние» длилось у ребенка около 1 1/2 лет. Возникло оно после возвращения мальчика из Хабаровска, где он прожил больше года. До этой поездки был здоров и уравновешен. В Хабаровск он был увезен при следующих обстоятельствах: 7 лет назад его отец обманым образом уехал в Хабаровск, где и остался жить, женившись на другой женщине. Юрий, очень любивший своего отца, сильно тосковал. Однажды, когда мать лежала в больнице и должна была оперироваться, уехал отец с другой женой и взял мальчика с собой (с согласия матери, убежденной в своей близкой смерти).

Однако жизнь в Хабаровске для мальчика оказалась тяжелой. Он был заброшен, оставался совершенно без надзора, учился плохо, ласки не видел ни от матери, ни от отца, который большей частью отсутствовал, а если бывал дома, то Юрий видел его всегда пьяным. Мальчик тосковал по матери, а когда по ее выздоровлении стал с ней переписываться, стремился ехать к ней. Мать приехала и забрала его с собой. С тех пор он своего отца никогда не видел. В школе учится хорошо (в числе первых), всегда был на хорошем счету.

Даш диагноз — реактивный истерический невроз. На протяжении 3 недель было проведено семь сеансов психотерапии в состоянии дремоты. Уже после 2-го сеанса мать стала замечать улучшение, а после 4-го (последнего курса) лечения мальчик сделался неузнаваемым: стал уравновешен, не кося, веселым, чистоплотным, никаких истерических реакции не замечалось. Длительный катамнез 18 лет.

Таким образом, лечение привело к полному восстановлению преморальной уравновешенности.

Следующее наблюдение может служить еще более ярким доказательством исключительно важного значения психотерапии.

2. Девочка К., 11 лет, привезена к нам матерью с жалобами на чрезмерную пугливость и нервозность. При малейшем звуке, шорохе, шесте бумаги, шмыханье завесы и т.п. девочка приходит в ужас, дрожит, бегает и произносит бессмысленные звуки. Каждую ночь, за редким исключением, по ночным страхам «пробуждающиеся» вскрикиваниями. В последнее время ее особенно пугают «какие-то тихо крадущиеся, издали приближающиеся шаги», хотя уже не дает ей спать. Но всему этому прибавилась рассеянность, вера в предвечья, предрассудки, отсутствие усидчивости, постоянная боязнь за жизнь матери. Мать никуда не может отлучиться, даже на несколько часов. Такое состояние мучает и саму девочку и она стала настойчиво просить мать повести ее «к испугам» — так как «хочется быть здоровой, а врачи не помогают».

Из анамнеза письменного изложения матерью, выяснилось, что при нормальном воспитании девочки до 5-летнего возраста была крепкой, здоровой, чрезмерно подвижной, пылкой, веселой и в то же время очень впечатлительной и развивалась быстро, не по возрасту и не по возрасту реагировала на все происходящее вокруг, сильно увлекалась настроениями взрослых, в своих требованиях проявляла настойчивость. Ее отец и мать педагоги. Восьмью лет от отсутствия, ребенок был всецело под присмотром нянечки, часто случайных, непроверенных, нянечки мучили девочку «пыланьями», «гадами», «чортом», «богатыми», «пожарами», «ворами». Эти запугивания вызывались чрезмерной живостью и докучливостью ребенка. Живым культурным уровнем нянечки. Девочка жаловалась на эти запугивания, последние, несомненно, оставили след в ее психике, она стала пугливой.

Особенно памятно одно запугивание: девочка рассказала матери, что нянечка приговорила ей, что если сейчас придет бог, девочка увидела, что из смежной комнаты нянечка ползет змеюшкой, червяком, голым с большой бородой, ползет, крадется, в одной руке держит булочку. Понимает, что удивительно и пугающе, кладет булочку в шкаф и уползает обратно в темную комнату. Девочка обо всем этом рассказывала с ужасом. После этого она стала бояться темных комнат и тревожно спать. Как потом выяснилось, все это было подстроено нянечкой.

В исследуемом, перенесла ряд соматических заболеваний, девочка стала плохо есть, сделалась бледной, плохо спала, капризы, пугливость, трусость усилились, а особенно перловность, которая доходила до рапидности.

В этот период жизни ее усложнялась появлением в доме бабушки (матери отца). Бабушка была суровой, злой старухой, с предрассудками, предчувствиями и часто запугивала детей. Она плохо относилась и к внучке, и к матери ребенка, настраивая девочку против своей матери. Однажды старуха довела мать девочки до истерики и обморока. Когда мать очнулась, она увидела себя на полу и рядом дочку с мертвенным бледным лицом, с безумными глазами. Девочка была неизменяема и ее с большим трудом удалось привести в чувства. С тех пор она стала неистово следовать за матерью, судорожно держась за ее платье. Достаточно было матери подойти к ванной, к палате, чтобы девочка плакала, а старуха кричала. Ночью у девочки были кошмары, галлюцинации, беспрерывный плач. Не успевает ребенок уснуть, снова крик.

Девочку лечили бромом с валерианой, палочками, но все до депрессии слабости. Она резко похудела, ночные сны приходили в страхи ее были разнообразны, воров, пожары, подвалы, смерть, но больше всего — опасение за свою мать. Так продолжалось 2 года. Мать, отчаявшись в успехе лечения, перестала ее лечить, надеясь, что «время вылечит», как говорил и врач. К 10 годам девочка стала спать немного спокойнее,

но продолжала хотеть следовать за матерью. Училась в школе группой.

В конце второго года ее «хождения» за матерью девочка стала проводить время с другой бабушкой (со стороны матери), которая, наоборот, не била детей и отличалась спокойным и умелым подходом к детям. Бабушка добилась того, что девочка стала самостоятельно выходить из дому в школу стала отпрашиваться у мать. На протяжении полугода она как будто стала успокаиваться, но зимой после гриппа состояние ухудшилось. Участвовала в играх по ночам, но все не перестает думать о маме, страхи ночью и днем, по ночам спит с матерью. Диагноз: реактивный истерический невроз.

После первых же сеансов психотерапии наступило заметное улучшение: девочка реже стала кричать по ночам, днем на протяжении 4 дней не крикнула от испуга только 2 раза, перестала «приислушиваться к шагам». Сеансы ей очень понравились, она стала считать дни и часы до следующего сеанса заявила, что ей лучше после сеансов «стало не так страшно». После четырех сеансов девочка окончательно перестала бояться днем слышать звуков и шагов, спать стала глубже, перестала кричать по ночам, раза два за все время (на 5 последних дней) просыпалась ночью, но уже не кричала, а тихо звала мать к себе. Вообще стала как-то веселее, бодрее, относительно спокойнее, меньше капризничала.

После последующих десяти сеансов (в дремоте) ночью стала спать спокойно, без сновидений и криков. Страхы нет, «шагов» не слышит. Может оставаться на 1^{1/2} — 2 часа в квартире в одиночестве, свободно ходит в темную комнату и остается в ней некоторое время. Отпускает на дому мать, и чуждым присутствия, менее раздражительна, более терпима. Дважды видела тяжелые сновидения, но криков и движений во время сна не было.

Подчеркнем, что детские ночные страхи являются обычно реактивными и обусловлены устрашающими факторами, проявляясь в форме патологического условного рефлекса.

Мы уже рассматривали случаи, когда у взрослых развивалась боязнь пожарных процессов и черных собачек, что объяснялось психической травмой в раннем детстве.

3. Бельгий В., 13 лет, очень подвижной, способный, любознательный, дисциплинированный мальчик. В октябре 1942 г. на его глазах немцы убили родителей. Перенес это тяжелое событие без патологических реакций. Работая на заводе, проявил себя способным, трудолюбивым мальчиком. В 1946 г. летом был в пионерском лагере. Но после первого же посещения лагеря родителями других детей у него возникли приступы умеренных состояний, с переживанием сцены убийства его родителей, а также беспокойный сон, раздражительность, неусидчивость, драчливость.

Диагноз: реактивный истерический невроз. Проведено семь сеансов гипнотической терапии. После 5-го сеанса психическое равновесие восстановилось, снова стал уравновешен и трудолюбив. В течение 7 лет и в настоящее время (1955) работает на заводе, будучи совершенно здоровым.

4. Мальчик 12 лет, очень подвижной, любознательный, дисциплинированный, желочной дороги в состоянии психического возбуждения с бредовыми идеями величия. Заболел 4 дня назад во время наводнения. Не ходил из дома и от дома и едва не утонул, он с трудом добрался на лодке до дома, который был в воде до второго этажа. Слов родителей он там не слышал. С того же дня мальчик возбужден, говорит несуразицы, высказывает бредовые идеи величия.

Начата гипнотическая терапия с внушением школьного отношения к пережитому. После 2-го сеанса получал длительный (10-часовой) вынужденный сон, что привело к значительному улучшению общего состояния. После 4-го сеанса восстанавлилась психическая уравновешенность, ясность мышления и хороший ночной сон. После двух двубочных сеансов внушения с счастливых воспоминаний, выдохнул и был взят родителями.

Спустя 2 года после изведения в течение 6 месяцев страдал патологической боязнью велосипедистов. Лечение в нашей клинике результатов не дало. Однако после двух сеансов гипнотической терапии фобия была устранена.

Таким образом, при врожденных заболеваниях детей лечение повесным внушением и длительным искусственным сном также достаточно эффективно.

Нужно сказать, что детские реактивные гиперкинезы тоже хорошо поддаются словесному воздействию как в бодрствующем состоянии, так и во вынужденном сне. Массовое наблюдение, проведенное нами в 1926 г. в диспансере Украинского психоневрологического института совместно с психиатром А. П. Прусиным над больными детьми с реактивно-судорожными симптомами, свидетельствует, что и этих случаях длительным вынужденным сном-лечением с соответствующим словесным воздействием может оказать благотворное влияние.

Нам неоднократно приходилось убеждаться в целесообразности психотерапевтического вмешательства не только при депрессии, но и при инфекционной хоре, когда психотерапия в гипнозном состоянии успешно применялась нами симптоматически вспомогательно, благотворно влияя и на двигательную, и на психическую сферу.

Ночное подергивание мочи у детей также можно лечить повесным внушением (как прямым, так и косвенным) в бодрствующем состоянии и во вынужденном сне, на что в свое время указывал еще В. М. Бехтерев (1911). Цаллера (Zarretz, 1920) также высказался о лечении словесным внушением ночного недержания мочи.

Следует подчеркнуть, что, как показали наблюдения наших сотрудников, у детей на успешность лечения важное влияние оказывает как облик врача, так и обстановка, в которой оно проводится. При применении индифферентных средств было отмечено, что лечебный эффект зависит от разнообразных условий, в которых производились лечебные манипуляции. Меньший эффект получался в амбулаторных условиях при участии медсестры, а наилучший — в домашних условиях (особенно при участии врача). Повидимому, эта особенность свидетельствует о модальным состоянием ребенка (Н. Езерский, А. Платнер, А. Фурманов, 1936).

Наши данные о значении психотерапии в бодрствующем состоянии и во вынужденном сне указывают наблюдения, сделанные в 1928-1929 гг. в детском отделении диспансера Украинского психоневрологического института, где успешно проводилась индивидуальная и групповая гипнотическая терапия ночных и дневных энурезов, хореи, гиперкинетических синдромов при вирусном энцефалите (наблюдения М. Д. Обштина).

В последние годы (с 1958 г. в настоящее время) в детском отделении Центрального психоневрологического больницы Министерства путей сообщения применяются гипнозотестивная терапия при инфекционной хоре и функциональных нарушениях нервной системы. Сотрудники отделения считают этот метод эффективным и заслуживающим внимания. У больных хореей значительно быстрее наступает общее улучшение и заметно уменьшается гиперкинез.

Заслуживает внимания наблюдение, сделанное в амбулатории при этой больнице над 14-летней девочкой, страдавшей мучительной разлитой функцией латентной мигрени, остро развившейся после тяжелой ссоры родителей и при угнетении девочки. В результате проведенных в амбулаторных условиях десяти сеансов гипносузгестивной терапии этот мучительный синдром был полностью устранен.

Струнышки упомянутого отделения подтверждают положительную возможность подростков и безусловную пользу от применения у детей внушенного сна-отдыха. Того же мнения придерживается и Н. И. Краснов (1951 в.). Физиологический сон, по его словам, оказывает на больного ребенка и на его нервную систему мощное целительное действие. При этом, по его мнению, на данном этапе развития терапии сном в педиатрической клинике особое значение имеет физиологический сон, вызываемый физическими и физиологическими воздействиями, делающими его более удобным и продолжительным. К таким раздражителям Н. И. Краснов относит: вождение больного, сбалансированный сон, как например, сна при ходьбе и отрыгивании, и т. д.

Как показали наши данные, неаритмические состояния и реактивные психозы могут быть предметом психотерапии как в бодрствующем, так и во внушенном дремотном состоянии. Некоторые педиатры высказывают мнение, что гипносузгестивная терапия может причинять вред детскому душе и если отказаться от применения словесного внушения во внушенном сне, то тем не менее применять при этом переключатель и чрезвычайную осторожность. Наши наблюдения исключают все это. Мы считаем допустимым более широкое и более смелое применение в детской клинике гипносузгестивной терапии. Особенно же полезным оказывается длительное внушенным сна-отдых.

КОЖНЫЕ И ПЕРИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Как это и сейчас же подчеркивал еще А. Г. Полотебнов (1886) «заболевания, развивающиеся вследствие расстройства в периферической и центральной нервной системе, ни в одном органе не наблюдаются с такой легкостью, известностью и предвидимостью, как в коже».

Возможность влияния на физиологические процессы в коже путем словесного внушения привлекала внимание отечественных исследователей еще с 90-х годов прошлого столетия, о чем свидетельствуют работы А. Я. Коженинова (1895), А. А. Товарища (1892), а позднее Н. С. Агад-заде (1904), В. М. Бехтерева (1911), К. И. Платонова (1930) и его ученики.

Так, нам удалось путем внушения во внушенном сне устранять уртикарию сыпь, возникающую у некоторых людей при еде, например, клубники, раков и т. п. А. И. Картамычев (1942) наблюдал, что под влиянием внушения во внушенном сне непереносимость в отношении хивина и сальварсана, принимающихся в форме крапивницы, исчезала, после чего любые дозы этих веществ переносились уже без каких бы то ни было побочных явлений.

В последние годы весьма существенную роль во внедрении метода словесного внушения в дерматологическую практику сыграли две монографии А. И. Картамычева (1936, 1942), которые были первыми из советских и российских систематически изучавшим вместе со своими сотрудниками вопрос о лечении словесным внушением кожных заболеваний. Автор привел многочисленные доказательства возможности успешного лечения различных форм крапивницы, крапивоидного лишая, кожного зудящего крапивница, бородавок, круговидного выпадения волос, сальварсани-

дерматитов и приходится констатировать неэффективность широкого использования в дерматологии метода словесного внушения.

Наблюдения А. И. Картамыча свидетельствуют о возможности успешного лечения словесным внушением некоторых кожных заболеваний (не обусловленных психическими травмами, как, например, бородавки, псориаз, экзема, красная токсическая лихорадка). В дальнейшем данные А. И. Картамыча были подтверждены Н. Г. Безюком (1939), который, кроме того, успешно лечил и другие формы дерматозов — островочные кожные высыпания, эритему, узловатую эритему, розовый лишай. В работе Н. Г. Безюка подчеркнута возможность успешного применения при лечении дерматозов также метода косвенного внушения и бодрствующего состояния.

Из других дерматозов много лет успешно и широко применяют гипноустраивающую терапию при кожных заболеваниях И. И. Потоцкий и И. А. Жуков (1953). В отдельных случаях врачи других специальностей также с успехом используют словесную терапию при некоторых дерматозах. Так из числа наших сотрудников психоневрологов Е. Н. Закаменная (1932) добилась у 10 больных подростков полного излечения от вульгарных бородавок, а А. Е. Брослав устранял экземы годичной длительности сеансами словесного внушения во внушенном сне. Мы уже приводили наблюдения Ф. Б. Цейциской, которая, используя гипноустраивающую терапию, устраняла островчатое выпадение волос, а также данные П. Н. Мураховской об эффективном лечении мокнущей экземы и отека сеансами словесного внушения. Кроме того, З. А. Копытько лечила одним сеансом психотерапии устраняла кожный зуд при токсической экземе. И. И. Дубняков (1932) также указывает на эффективность гипноустраивающей терапии при лечении экземы. Н. Г. Манойлов (1928) получил положительный эффект у 19 из 23 больных с вульгарными и плоскими бородавками. Токсические дерматиты у беременных успешно устранялись словесным внушением акушеркам В. И. Здравомысловым (1938) и М. В. Вигдоровичем (1939).

Остановимся несколько подробнее на поразительном по эффективности примере психотерапии тяжелой мокнущей экземы, описанном А. Е. Щербяком и Б. С. Майзелем (1941).

1. Больная И., 20 лет, страдающая с детства экземой, поступила в Институт физических методов лечения имени Сеченова с жалобами на значительное ухудшение своего состояния. Экзема распространилась на все тело, включая и лицо, и приняла мокнущий характер с выделением серозной жидкости (местами с кровью). Лицо обезобразилось, стягивание кожи лица мешает больной говорить и есть. Ни фармакотерапия, ни физиотерапия результатов не дали, и больная, находясь в тяжелом состоянии, сделала попытку самоубийства.

Психотерапия дала быстрый положительный эффект — экзема исчезла полностью. Следует отметить, что во время сеансов на фоне легкого гипнотического сна чувствовалось лишь «хорошее самочувствие», признаков специфических внушений относительно экземы не давалось.

Больная демонстрировалась на конференции врачей. Она была под наблюдением в течение 1½ лет, оставалась здоровой, несмотря на весьма неблагоприятные условия жизни.

Больной С. направлен на консультацию по поводу дисгидротической экземы кистей, которой он спорадически страдал в течение 6 лет. При тщательном анамнезе выяснилось, что в 1945 г., будучи напавшим на врага (во время Великой Отечественной войны), он перенес тяжелую дыхательную травму, после которой у него вскоре развилась экзема обеих рук, лица и туловища. В связи с болезнью он был эвакуиро-

ван для стационарного лечения. После выздоровления он снова был направлен в часть (на корабль), где у него сразу же наступил рецидив экземы.

В дальнейшем больной несколько раз находился на стационарном лечении по поводу экземы, которая рецидивировала каждый раз, только он возвращался на корабль. Поэтому больной вынужден был перестать на работу в учреждение, после чего в течение 3 лет у него не наблюдалось обострения экземы. Однако, когда он получил кратковременную командировку на корабль, у него вновь возникла экзема тех же участков (наблюдение Г. К. Андреевича 1952).

Можно утверждать, что у данного больного экзема возникала по механизму премьной сыпи и, следовательно, патогенетически правильным было именно применение психотерапии.

Что касается венерологии, то и в этой области психотерапия так же может оказаться необходимой. Так, венерологам известны тяжелые психогенные невротические состояния, возникающие в качестве реакции на излечение той или иной венерической болезнью. Особенно сильно травмирует всплыву выражение сифилисом. Нередки случаи, когда такого рода реактивное состояние затягивалось на многие годы, принимая хронический характер, а у иных, заканчиваясь глубокой депрессией, вело к самоубийству.

К венерологам нередко обращаются также больные с навязчивыми представлениями о мнимом заражении сифилисом или гонореей. Нужно сказать, что в таких случаях навязчивость обычно является весьма упорной, особенно у людей с тревожно-мнительным характером и с инертным типом нервной системы. Как показал опыт, в таких случаях весьма полезной может быть психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии или во внушенном сне. Конечно, следует оговориться, что положительный результат может быть получен только в том случае, если эта навязчивость имеет функциональный, психогенный характер и развивается по физиологическому механизму внушения или самовнушения, т. е. не является симптомом процессуального психоза (шизофрении, циклофрении). У людей впечатлительных, замкнутых, тревожно-мнительных может развиться ипохондрический синдром. Больной с ужасом думает о том, что он уже успел заразить своих близких, своих детей, или же его преследует мысль, что его заболевание уже получило широкую огласку, или, наконец, ему кажется, что оно уже вступило в ту фазу, когда его лицо может быть обезображено. В связи с этим у больного тревога за свое будущее, так же как и за будущее его семьи, приобретает характер навязчивости. Так складывается картина реактивного невротического состояния, развитие которой обычная санитарная пропаганда далеко не всегда может предупредить и устранить. В таких случаях даже разъяснительная психотерапия, проводимая в бодрствующем состоянии, часто не достигает цели. И только словесные внушения во внушенной дремоте или во внушенном сне могут дать некоторый эффект. В этом отношении особенно подчеркивает вред, который нередко приносят беседы между самими больными во время ожидания приема врача.

Необходимо отметить то обстоятельство, что для охарактеризованной категории тревожно-мнительных больных обычные психотерапевтические меры воздействия в таких случаях оказываются явно недостаточными и система плохо продуманных лекций и коллективных собеседований может привести даже к углублению психогенной реакции. Поэтому следует применять методы индивидуальной психотерапии, учитывая не только уровень развития больного и характера его тревог, но и степень его реактивности, т. е. функциональное состояние нервных отделов его нервной системы.

Если при слабо выраженной реакции на применение какой-либо венерической болезни может иметь успех разъяснительная, успокаивающая психотерапия, осуществлять ее самими венерологами, то в более тяжелых случаях помощь должна быть оказываемая психотерапевтом.

ЛЕЧЕБНАЯ ПРАКТИКА ВРАЧА НА КУРОРТЕ

Нужна ли психотерапия на курортах, которые сами по себе представляют комплексным фактом терапевтическим и психотерапевтическим фактор? Таков не раз задававшийся нам вопрос.

Отвечая на него, важно сказать, что нам не раз приходилось убеждаться в том, что на курортах, независимо от его специализации встречаются категории больных, которые нуждаются не только в общей психотерапии в форме уговора, отвлечения и т. д., а в специальной, индивидуальной психотерапии. Среди них могут быть больные с психогенными неврозами и иже страдающие психогенными функциональными расстройствами тех или иных внутренних органов, ошибочно принятыми за органическое заболевание. Из-за неправильной или неточной диагностики в лечебных учреждениях по месту жительства эти больные получают путевки на курортное лечение не по назначению, совершая нередко повторные безрезультатные поездки на тот или иной курорт. Следует также иметь в виду и то немаловажное обстоятельство, что каждый соматически больной зачастую бывает отягощен неуротическими наклонностями, обусловленными его основным соматическим заболеванием (соматогенный невроз), в форме более или менее тяжелой психогенной реакции.

Приведем ряд наблюдений из санаторно-курортной практики как нашей, так и наших сотрудников, когда случайное присутствие врача, владеющего методикой психотерапии, оказывало существенную помощь больным, нуждающимся именно в этой форме терапии.

1. Напомним тридневное бывшее наблюдение, проведенное К., страдавшим в течение 2^х лет тяжелой постконтузионным травматическим неврозом с «командными» припадками, безрезультатно лечившимся в санаториях Пятигорска и Славянки и вызданным после четырех сеансов гипносуггестивной терапии.

2. Больная П. 48 лет, лечившаяся на курорте Феодосия по поводу «тяжелой формы» неврастении с упорной бессонницей. На 4-й день пребывания на курорте направлена к нам на консультацию по поводу постоянного утомления, отсутствия интереса к жизни, отсутствия аппетита, а также по поводу жалоб на тяжелую тоску по окончании спящего муча 4 месяца на 10-летнего, истинных зрительных и слуховых галлюцинаций, усилившихся в темноте и при закрытых глазах, беспокойного сна, кошмарных сновидений, при этом постоянно чувствует окисление ребенка. В виду реактивного децессивно-галлюцинаторного состояния и суицидальных тенденций встает вопрос о направлении соответствующую больную. Во время консультации проведен сеанс гипносуггестивной терапии. Больная оказалась хорошо гипнабильной, ей удалось успокоение, забвение страданий, приемы приемы с потерей ребенка, восстановление жизненных интересов и снижение работоспособности, уверенность в себе, отличный вечерний сон. После 4-го сеанса наступило резкое улучшение, а после 2-го сеанса исчез весь симптоматический комплекс. Продолжительный эффект двух сеансов привнес сильное впечатление как на медицинский и обслуживающий персонал, так и особенно на соседок больной по палате, которым больная рассказывала о кошмарных сновидениях (спящая больная и испуганный ребенок). До конца пребывания в санатории хорошо себя чувствовала, была общительна. По сведениям в течение 8 лет была здорова и работоспособна.

3. Пациентом другого больного 30 лет, который обратился с жалобами на половую импотенцию, от которой он безрезультатно лечился в течение двух сезонов баранскими маслами, электризацией, массажем представлял же себя и др. Черная неудачная попытка к половому акту породила страх перед возможной неудачей и в дальнейшем. Обратился к нам на лечение из оккупации кур и безрезультатного курортного лечения. Мы приложили сеансов словесного внушения в дремотном состоянии. Больному внушалось хорошее физическое здоровье, полная необоснованность страха и возможность совершения акта. Эффект получился положительный.

4. Напомнил также наблюдения, касающиеся больной, у которой в течение 4 месяцев было желудочно-кишечное расстройство в форме «интерколитов». Больная, будучи на курорте, не получила даже облегчения. Словототвествующий диампса по начал связи «интерколитов» с острой психической травмой. Проведение нами два сеанса словесного внушения и легкая внушаемая дремота радикально устранили заболевание.

Мы приели типичные примеры из числа многих аналогичных им. Несмотря на то, что больных, они совершенно случайно смогли получить на курорте необходимую патогенетическую психотерапевтическую помощь и надежду на успех активной терапии.

Чтобы показать, в каких случаях и в каких направлениях психотерапия может быть применена в курортно-санаторных условиях, позволим себе привести серию наблюдений, сделанных В. М. Кисловым и Нити Горюком в санатории № 4.

а. Больная А., 37 лет, поступила в санаторий в тяжелом, подавленном состоянии, с жалобами на потерю интереса к жизни и работе. Больная жалуется, что работает «автоматически», пропала совершенно безучастное отношение к матери и дочери, стала угрюмой и замкнутой. Сон нарушен, каждую ночь просыпается рано в 1 час. 30 мин. и засыпает с кошмарами лишь под утро. Больная в течение года после пережитого ею в Алхабде землетрясения. Когда оно произошло, больная была в кляшке. Обезумев от ужаса, она побежала к своему дому и, найдя под развалинами трулы мужа, сына и брата потеряла сознание. С тех пор каждую ночь присутствует именно в тот момент, когда были землетрясения.

Применена психотерапия в гипнотическом сне с внушением забывания пережитых и сновидного сна. После первого же сеанса ночью проснулась и спала без кошмаров до 7 часов утра. Проснувшись, охотно пошла на близлежащую процедуру, от которой раньше отказывалась, считая такое лечение позорным. Было проведено семь сеансов словесного внушения. После каждого сеанса улучшение нарастало, причем дальнейшая терапия и лечебная физкультура закрепляли полученные результаты. После окончания лечения полностью погасли все сон, вернулись интерес к жизни, труд, выписалась в хорошем состоянии.

б. Больная Р., 40 лет, поступила в санаторий в июле 1949 г. с жалобами на расстройство характера. За свою жизнь была оперирована 5 раз: удалена левая почка, пораженная туберкулезом, проведена ампутация конечности, удалены череп по поводу воспаления среднего уха и двояды лопатки. Одна из которых по поводу внематочной беременности. В 1941 г. пережила психическую травму, в 1943 г. получила удар черепом (случайно брошенным камнем) и в течение 2½ месяцев находилась в больнице. Состояние было тяжелое: потеря сознания и речи, подергивание мочи, бессонница, постоянные сильные головные боли, ослабление памяти. В дальнейшем больная стала рассеянной, забывчивой, замкнутой, из-за головных болей не может заниматься, перестала общаться с людьми, ничем не интересуется (депрессивное состояние). Лечилась и лечение многих лет

безрезультатно. Осмотр врача всегда мучителен из-за усиливающихся при пальпации разлитых болей в области желчного пузыря, желудка, кишечника, мочевого пузыря, сопровождающихся тошнотой и непроизвольным плачем. Диагноз: «холецистит», «солярит», «цистит», «мигрень». В конечном итоге больная потеряла веру в медицину, врачей и надежду на выздоровление.

После осмотра и тщательно собранного анамнеза была выявлена психическая травма (измена мужа) и констатирована неустойчивость сомато-психического состояния, обусловленная тяжелыми операциями. После первой же беседы больная была погружена в глубокий сон и проспала 20 минут. Во время сна с помощью словесного внушения были сняты разлитые боли по всему телу, устранены позывы и мочеиспусканию. После пробуждения больная заявила, что «не верит себе, что у нее ничто не болит!». Голова свежая, легкая, исчезло постоянное чувство давления в черепе. В дальнейшем ночной сон был продолжительным и освежающим. У больной восстановилось душевное равновесие и она охотно продолжала лечение. Для закрепления достигнутого успеха проведено 10 сеансов гипнотического внушения, после чего она вышла из санатория в хорошем состоянии. Из приславших писем видно, что у больной появился интерес к семье, изменилось отношение к мужу, дома стала полноценным человеком, появился интерес к жизни. Через год приехала в тот же санаторий в удовлетворительном состоянии для повторного лечения, заявив, что за год вполне окрепла и не было срывов. Кроме бальнеолечения, повторно проведено (для закрепления) 10 сеансов словесного внушения, после чего она была выписана в хорошем состоянии.

7. Больной С., 43 лет, лечился в Пятигорске в санатории по поводу беспокоящих в течение нескольких лет и усиливающихся при волнении фантомных болей левого бедра, не стихающих и ночью. Неработоспособен, страдает бессонницей, прибегает к наркотикам.

После трех сеансов словесного внушения во внушенном сне боли прекратились, наступил нормальный спокойный ночной сон. К концу пребывания в санатории силы восстановились, уехал в хорошем состоянии. Через 2 года, приехав для повторного санаторного лечения, сообщил, что за все это время 2—3 раза отмечались легкие боли, не мешавшие работе; сон и самочувствие хорошие.

8. Больная Д., 42 лет, участница Сталинградской битвы, где получила общую контузию и травму позвоночника с вторичными стойкими нагноениями дорсально-крестцового радикулита (данные обследования свыше 2 лет). Больная приехала в Пятигорский санаторий с проволочатым, находится на постельном режиме, на бальнеопроцедуры ее посят на воликах. Из-за острых поясничных болей может находиться в кровати только в положении à la chaise (как днем, так и ночью), часто прибегая к наркотикам (морфин, пантопон). Нервная система истощена постоянными болями и бессонницей, больная крайне раздражительна, постоянно плачет. Ввиду того что физико- и фармакотерапия положительного эффекта не дали, больная направлена на психотерапию.

После глубокой анамнестической беседы применена симптоматическая психотерапия для устранения болей и бессонницы. Во внушенном дремотном состоянии больной внушалось: «Прожитое нас больше не волнует. Если не беспокоят, самочувствие хорошее, ходить мы можем без посторонней помощи, вы уверены в скором выздоровлении». Больная после сеанса уже не жаловалась на острые боли, стала самостоятельно себя обслуживать, ходить по палате; лежала в кровати, принимала нормальную позу. Кроме того, она стала пользоваться массажем, от которого раньше категорически отказывалась, и заниматься лечебной физкультурой. После

окончания курса санаторного лечения уехала самостоятельно, в хорошем состоянии, причем боли прекратились, сон восстановился, вернулась нормальная трудоспособность. В течение следующих 2 лет больная принимала для санатория с перерывами целью закрепить состояние здоровья.

2. Бельван М., 37 лет, приехавшая из Тюмени на лечение в Пятигорскую санаторию, страдала длительным и сильным маточным кровотечением. В анамнезе острая психическая травма внезапная смерть мужа. У больной копился срок лечения в санатории, а ее состояние не давало возможности выйти в поселок, так как при каждой такой попытке кровотечение усиливалось. Было применено словесное внушение соответствующего содержания, сделанное по внушению дремотном состоянии. После первого же сеанса психотерапии кровотечения в тот же день прекратились, больная стала подниматься с постели и ходить по палате, а через 3 дня самостоятельно уехала в Тюмень. Присланное ею письмо подтверждало, что доехала благополучно, здорова и приступила к работе. Положительный результат один год, рецидивов не было (согласно письму, присланному ею через год).

Случаи успешного применения психотерапии при фантомных болях, при радикулитах, меноррагиях и др. в практике курортного врача далеко не единичны. Поэтому курортные врачи должны быть знакомы с методами психотерапии, которые им ныне доступны.

В. М. Кислов (1947, 1952) впервые стал широко применять на курортах психотерапию как в бодрствующем состоянии, так и во внушенном сне. Его многолетний курортно-санаторный опыт говорит о высокой ценности сочетания балнеотерапии с психотерапией. Данные В. М. Кислова блестяще иллюстрируют неоценимую пользу психотерапии не только при неврозах, но и в качестве вспомогательного метода при органических заболеваниях нервной и других систем организма. Помимо кабинетов для индивидуальной психотерапии, он организовал групповую гипнотарию.

Выше уже упоминалось, что психотерапия при некоторых кожных заболеваниях была успешно применена дерматологом И. И. Потоцким совместно с его ассистентом И. А. Жуковым (1953) в дерматологической санатории в Хосте (Сочи — Мацеста). Их наблюдения о роли психотерапии в курортно-санаторных условиях совпадают с выводами В. М. Кислова. Эти авторы считают, что существенная терапия (при предварительном выяснении причин, травмы, являющихся психику больных) в комплексе с санаторно-курортными факторами является ценным методом лечения. Одновременно с прекращением кожного заболевания исчезли такие явления как головные боли, подавленное настроение, ухудшился аппетит, сон и т. п. С их точки зрения имеются все показания к широкому внедрению методов психотерапии в санаторно-курортную практику.

Терапевт Н. А. Тюленев (1950), признавая все положительные стороны комплексной психотерапии в комплексе курортно-санаторных методов лечения внутренних болезней, еще сорок лет назад говорил о необходимости проведения на курортах психотерапии. В связи с наблюдениями последних лет (1952) он пришел к выводу, что психотерапия повышает эффективность курортного лечения и она может стать важным способом лечения на курорте. О целесообразности систематического применения психотерапии на курортах говорит также и старый отечественный психотерапевт Д. А. Смирнов.

Необходимость внедрения психотерапии в практику курортно-санаторного врача вполне оправдана ее эффективностью. И, действительно, нельзя не поражаться скорости наступившего в ряде случаев стойкого лечебного эффекта. Не случайно все цитируемые выше авторы приходят

к одному выводу, что психотерапия в сочетании с балнеотерапией ускоряет процесс лечения и выздоровления.

Методика психотерапии должна быть органически встроена в систему терапевтических мероприятий проводимых на курортах.

ПРАКТИКА УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

Приведенные выше диспансерные наблюдения показывают широкие возможности применения психотерапии не только квалифицированными психотерапевтами, но и врачами всех других специальностей.

Сама жизнь требует, чтобы начинающие врачи периферических участковых больниц получившие лишь общее медицинское образование, в нужных случаях использовали психопрофилактику и психотерапию.

Нужно сказать, что методика психотерапии в большинстве случаев несложна и доступна любому врачу. В частности, словесное внушение, применяемое в бодрствующем состоянии или в состоянии внушаемого сна, выдвигается самой жизнью.

Условия работы участкового врача имеют некоторые важные особенности.

Участковый врач чаще всего сталкивается именно с самыми начальными стадиями развития психоза, когда они еще не осложнены.

1. Сельский врач А. И. Кнерлер с успехом применял словесное внушение при чрезвычайно сильно выраженном меноррагии, угрожавшей жизни больной и для устранения которой все имеющиеся в его распоряжении средства оказались безрезультатными.

Создав у больной состояние гипнотического сна и используя словесное внушение соответствующего содержания, он полностью устранил меноррагию.

В участковой больнице в одном из районов Донбасса В. М. Кислов (1929) путем психотерапии купировал у больных не только реактивные невротические состояния и вегетативные психозы с ложно органическими явлениями со стороны внутренних органов, но и тяжелые реактивные психозы. Им он заменял необходимость в полостной хирургической операции была исключена вследствие благотворного воздействия словесного внушения во внешнем сне. Ряд больных с реактивными психозами, с галлюцинаторно-бредовыми состояниями не попал в психиатрическую больницу только потому, что путем 2-й фазы словесного внушения во внешнем сне удавалось изменить отношение больного к пережитой им психической травме и вернуть здоровье и трудоспособность. Приводим примеры из практики В. М. Кислова.

2. Больная И., 39 лет, жаловалась на тяжелое угнетенное состояние, чрезмерную раздражительность, боли в области сердца, отсутствие аппетита. В таком состоянии больная находилась в течение 2 месяцев, причем все виды местного лечения оказывались безрезультатными. Выяснилось, что она перенесла крайне тяжелую психическую травму: ее муж в состоянии патологического опьянения насиловал их малолетнюю дочь. Благодаря применению двух фаз мотивированного словесного внушения произведенного в дремотном состоянии психическое состояние было устранено. В дальнейшем перво-психическое равновесие было прочно восстановлено.

3. Больной П., 40 лет, приехал районным врачом-инспектором с направлением в больницу из больницы. Он был по природе угрюм, молчалив, прятался за спину сопровождавшего его брата, при

попытке врача провести исследование залез под стол. Заболевание возникло 3 месяца назад после нападения на него в лесу с целью ограбления. С тех пор возникла дезориентированность в окружающем, боязнь людей, отказ от еды, слезы, бессонница.

В связи с явной психической травмой больной не был отправлен в психиатрическую больницу. Он получил шесть сеансов сновидного внушения в дремотном состоянии, что привело к быстрой преемственному усмирению, которое было заметно с первого же сеанса. На последний сеанс больной пришел уже без брата и заявил о своем выходе из больницы.

4. Больной И., 43 лет, поступил с жалобами на крайнюю раздражительность, которую он характеризовал как «хочется покричать, лезть на стены». Последние месяцы раздражен, вспыльчив, подозревает ее в измене, исподку ее преследует, в каждом мушкетере видит ее любовника, нечаянно сторожит ее, всматривается в окна («любовники должны подавать сигнал в окно») и каждое движение жены, видя в нем «сигнал любовнику». Подозревает ее в том, что она «... живет с почтеным духом». Часто уходит с работы до конца, чтобы проверить, дома ли она. В последний месяц совсем оставил работу, совсем редко спит дома, следит за каждым шагом жены. Спит в топчаре, грозит убить, если она уйдет, замучил ее расспросами об измене. Железнодорожный врач дал направление в психиатрическую клинику. Заболевание развилось после того, как один из знакомых однажды путя сказал ему, что и его жену влюбил их квартирант. Он покричал, испугался, лишился и тот же день квартиранта и «с тех пор не житье, а ад». До заболевания жил с женой дружно, женат на ней 20 лет.

Проведено три сеанса гипносузгостивной терапии с последующим внушением сном-отдыхом, что привело к полному умиротворению всего организма. Вышел на работу, был под наблюдением 8 месяцев; рецидивов не было.

5. Больной С., 38 лет, при крушении поезда получил небольшие ожоги и лежал в больнице на сталини Бирзула. У него постепенно развились симптомы тяжелого негратического состояния: чрезмерная раздражительность, общее дрожание, упорная бессонница. Направлен в Институт физических методов лечения в Одессу, но после двухмесячного пребывания там вернулся с незначительным (по словам больного, «процентом на 10») улучшением. Помещен вторично в больницу в Бирзуле с тяжелым негратическим симптомокомплексом, необычайно сильно выраженный гиперидроз, резко усилившийся при каждом волнении, особенно же при расспросах о болезни; на лбу струи пота, увлажненное потом белье приливает к груди и конечностям. Полное отсутствие аппетита с 1—1½ часа в сутки, упорные запоры. Зрительные псевдогаллюцинации: закрывая глаза, видит картину крушения, эпизоды дня. Попытка приблизиться к паровозу или к железнодорожным путям вызывает неодолимый страх, дрожание, усиленное потоотделение (наблюдение В. М. Петрова).

Проведена гипносузгостивная терапия. Во время первого же сеанса гипноз был глубоким. Вся ночь после сеанса спал крепким сном; на следующий день — прекрасный аппетит. В последующем наблюдалось общее улучшение самочувствия, отступили гиперидроз и запоры, исчезли псевдогаллюцинации. Более трудным было устранение страха при виде железнодорожных путей. После двухнедельного курса психотерапии больной вышел на работу.

Надвигаясь работы В. М. Бирзула видно, что ему удалось успешно применять психотерапию в различных отделениях больницы, устраняя бессонницу и болевые ощущения у соматических больных, проводя

обезболивающие при малых хирургических операциях, успокаивая больных в предоперационном состоянии, облегчая роды и т. п. Впоследствии В. М. Дроботухин стал их широко применять в своей хирургии и деятельности в Питере и др.

Касаясь преимуществ этих средств при операциях периферии, мы могли бы привести немало фактов из наших исследований. Но ищем, присылаемых нам из различных мест, сообщая, что психотерапия проводится не только с помощью этих средств (А. К. Ганнов, Баку; А. К. Троицкий, Н. А. Кирпичников, Ленинград; В. М. Шапиро, Серпухов, кандидат медицинских наук; А. П. Горько-Кисина, Новосибирск; кандидат медицинских наук С. Н. Писаревский, П. С. Мезин, Сталислав; И. М. Вино, Тамбов; И. Ф. Пылев, Саратов и др.). Присылаемые ими материалы указывают на возможность весьма эффективного применения метода психотерапии при операциях периферии, в большинстве случаев проводимых амбулаторно и малыми.

Сметем, что возможности, которыми располагает участковый врач и отделение, отделения психотерапевтической помощи на местах, весьма значительны. Так, М. В. Вигдорич сообщил нам, что в 1941—1944 гг., когда к нему с эвакуацией из Ленинграда он оказался в деревне, ему удалось развернуть большую и интересную работу. Помимо психопрофилактики родосебяболивания, он проводил психотерапию заболеваний, вызванных психической травмой (переживания, связанные с войной). Кроме того, его наблюдения показали, что в развитии алиментарной дистрофии значительную роль играет также психическая травматизация. Такого рода больных он успешно лечил с помощью гипнозосуггестивной терапии.

Итак, многие врачи, работающие в различных областях и районах, настойчиво проводят в жизнь методы психотерапии. Важную роль в этом деле сыграл справочный материал П. П. Подъяпольский и его последователи В. А. Бахтияров в Свердловске и Д. А. Смирнов в Алусте, бывшая тогда сотрудница П. П. Мураховская (Ялта). В Тбилиси значительную научно-исследовательскую и лечебно-диагностическую работу по психотерапии вели врачи-женщины А. Ф. Гопирядзе (1929, 1936, 1945) совместно с сотрудниками Н. А. Тер-Овсакьяном, И. П. Николаев, Н. Г. Венгелели и др. Все они — пионеры того большого дела, каким является разработка, обоснование и практическое применение в различных районах нашей родины приемов психотерапии и психопрофилактики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Прежде всего нужно сказать, что приведенный нами лабораторный и поликлинический материал, повидимому, достаточно убедительно иллюстрирует установление школой И. П. Павлова положения о том, что слово является столь же реальным условным раздражителем, как и все остальные, а вместе с тем и «таким многообъемлющим как никакие другие». В силу исключительной физиологической и социальной значимости словесный раздражитель занимает в системе высшей нервной деятельности человека совершенно особое место. Слово заменяет, отражает и обобщает смыслное значение конкретных раздражителей внешней и внутренней среды. А вместе с тем оно служит также важным средством создания сложной системы отвлеченных понятий, непрерывно складывающейся в течение многовековой исторической жизни человечества на той же универсальной основе «сигнализации слова».

Представленный материал свидетельствует также о том, что в коре мозга человека, действительно, получают свое отражение все процессы внутренней жизни организма. Поэтому на внутреннюю среду организма человека можно влиять через кору головного мозга. При известных условиях словесный раздражитель способен вызывать к жизни ряд простых и сложных физиологических реакций человеческого организма. Более того, в зависимости от содержания в него содержания, слово может вызывать в деятельности организма человека развитие самых разнообразных положительных, отрицательных или даже извращенных реакций.

Так можно влиять на состояние водного или углеродного обмена, состояние голода и сытости, на секретную желудочно-кишечного тракта, терморегуляцию, сосудодвигательную деятельность, на трофические процессы и пр. Наконец, мы можем создавать эндокринно-всестативные сдвиги, воздействовать на инстинктивную и аномальную деятельность и даже, повидимому, влиять на мышечные процессы, изменяя их в ту или иную сторону.

Анализ клинических и амбулаторных наблюдений раскрывает не только возможности аффективного влияния слова на состояние и деятельность коры и подкорки. Наши данные свидетельствуют о значительной аффективности словесного воздействия, производимого как в бодрствующем состоянии так и в состоянии внушенности сна, если только оно патогенетически правильно построено. Как мы видим, в огромном большинстве случаев психотерапия приводит к успешной ликвидации патологических синдромов.

Каковы физиологические механизмы и на чем основана аффективная психотерапия? Ответ на эти вопросы дает нам физиологическое учение И. П. Павлова.

Кора мозга является органом, устанавливающим временные связи не только с внешним миром, но и с процессами, протекающими во внут-

репней среде среди нас. Она представляет собой огромную динамическую систему, которая устанавливает условнорефлекторные связи со всеми органами тела, со всеми его тканями и органами, но в которых не происходит выражения со стороны интерорецепторов и их нервных центров. Отсюда понятен огромный диапазон словесного воздействия на самые разнообразные не только физиологические, но и психические процессы, протекающие в организме человека.

Кроме того, экспериментальный материал показал, что характер функционирования внутренних органов и систем, действительно, зависит от тонуса коры и от ее возбудимости основных корковых процессов и, наконец, от характера функционального соотношения коры мозга и подкорки. Так, устранение путем словесного воздействия нарушения функционального состояния коры мозга приводит к нормализации соответствующих внутренних органов и систем.

Весьма существенное значение для действительного применения психотерапии имеет функциональный фактор. Ближайшая подкорковая область, с которой связаны, находится в постоянном взаимодействии с корой. Это приводит к тому, что ближайшая подкорка, посылая мощную импульсную волну, заряжает ее, поддерживает тонус коры головного мозга.

Говоря о том, как это установлено в лаборатории И. П. Павлова, деятельное состояние больших полушарий отрицательно индугирует подкорку, тем самым задерживает ее деятельность, в то время как задерживание заторможенного состояния полушарий освобождает или положительно индугирует подкорку, усиливает общую ее деятельность.

Следовательно, используя внешние эмоции, мы можем изменять тонус мозговой коры как в сторону его повышения, так и в сторону понижения. Понимая, что мы обладаем возможностью в известной мере управлять этим состоянием коры мозга, а вместе с тем и состоянием всего организма.

Таким образом, научный экспериментальный материал дает основание сделать вывод о возможности применения терапевтических приемов, которыми располагает психотерапия. Делая такой вывод, мы должны помнить, что нет и не может быть даже чисто соматического заболевания, которое не сопровождалось бы, главным образом, тучей слабого или ослабленного типа нервной системы, теми или иными невропатическими расстройствами. Всякое заболевание уже само по себе создает у больного чувство тревоги и неуверенности, приводя его в смущение по поводу того, чего и неизвестного, что происходит в его организме. В подобных такого рода случаях наблюдается даже выраженное невротическое состояние: чувство, плохое самочувствие, нарушения сна и аппетита и пр.

Уже одно это говорит о том, что элементарная психотерапия — успокоение, ободрение, разъяснение и убеждение — должна применяться известным врачом. И можно согласиться с мнением М. В. Черноручного (1946), что «хочет этого врач или не хочет, психотерапия с ним неразлучна, и от врача зависит, какая это будет психотерапия».

Учение о строении тканей и методах их лечения должно интересоваться в первую очередь невропатическими фактами. Факты весьма убедительно говорят о том, что нет такой клинической специальности, где не применялась бы психотерапия.

Углубленное ознакомление врачей всех специальностей с учением о неврозах необходимо также потому, что с ними весьма тесно связаны патологические дисфункции различных внутренних органов.

Нередко бывает, что علاوه на периферический, вегетативный или вегетативно-эндокринный создается картина «ложно-органического» заболе-

вания. В таких случаях необходимо искать психогенный фактор. При всех соматических заболеваниях всегда нужно иметь в виду возможность ослабления тонуса коры мозга, чрезвычайно облегчающего развитие психических заболеваний.

Поэтому каждый врач при лечении больного, у которого имеется выраженный вегетативный патологический симптомокомплекс, должен интересоваться возможным психогенезом последних. Это тем более необходимо, что больные весьма часто оказываются носителями персперсональных психогенных висцеральных заболеваний, вследствие чего нуждаются в соответствующей патогенетической терапии.

Как мы уже отмечали, направление больных с такими «псевдоорганическими» заболеваниями на обычное клиническое или курортное лечение нередко совершенно не приводит к ожидаемому терапевтическому эффекту, ибо эти больные нуждаются именно в строго индивидуализированной психотерапии, а не только в перемещении обстановки или в разного рода курортных мероприятиях.

Таким образом, психотерапия, основанная на учете психогенеза и соматогенеза функциональных нарушений высшей нервной деятельности, предполагает не только внимательное отношение к переживаниям больного и к состоянию его психики. Анализируя соматическое заболевание, врач не должен забывать о возможном психогенном факторе, лежащем в основе болезни. Кроме того, он должен иметь в виду психогенные условия, возникающие как реакция на органическое заболевание, и, наконец, непротивопеческую патологическую симптоматику, которая может развиться у больного психогенным путем, совершенно независимо от его основного страдания, и сильно осложнить клиническую картину заболевания.

С диагностической точки зрения, психотерапия также имеет большое значение. Уже сам факт положительного влияния психотерапии может в таких случаях служить важным доказательством функциональной природы заболевания и тем самым оказать помощь при его дифференциальной диагностике.

Психотерапия, таким образом, дает ответ на вопрос, являются ли неврозы заболеваниями с якобы «пока еще не открытыми микроструктурными, морфологическими дисперсиями» (Галмонд, Шрюмпель).

Из учения И. П. Павлова следует, что неврозы имеют функциональную природу и речь может идти лишь о возможном перерастании функционального нарушения в нарушение структурное, т. е. в органическое.

Мы наблюдали немало случаев полного восстановления функций внутренних органов и систем после соответствующей психотерапии. Эти примеры свидетельствуют о том, что в данных случаях патология соответствует органам бытия и является исключительно лишь нарушением корковых регуляций их деятельности.

В этой связи важно отметить, что значительная, иногда даже многолетняя, длительность патологического действия ни отнюдь не препятствует быстрому лечебному эффекту психотерапии. Кроме того, после быстрого восстановления нарушенных функций желудочно-кишечного тракта больных тотчас же переводили со строгой пищевой диеты на обычную без каких-либо последующих осложнений.

Психотерапия как патогенетический метод лечения функциональных расстройств высшей нервной деятельности должна вскрывать условия, предрасполагающие и вызвавшие непротивопеческое заболевание, его патологическую структуру и патологическую динамику, устранять факторы, функционально ослабляющие кору мозга и содействовать повышению ее тонуса. Кроме того, ее назначение — устранить патологическую динамику структуры и создавать взамен их нормальные корковые

отношения. В конечном итоге она должна профилактически предохранять от возникновения функциональных нарушений в будущем.

Физиологически обоснованная психотерапия является активным вмешательством врача в состояние корково-подкорковой динамики у больного.

Таким образом, психотерапия представляет один из весьма важных видов деятельности врача. Поэтому ее роль и значение должны получать полное признание.

Все перечисленные методы обоснованы. Речь идет о комплексном воздействии на организм больного, о воздействии на его физиологическое состояние коры мозга, о сложном мотивированном воздействии (словом (убеждение, разъяснение) в бодрствующем состоянии, во внушенной дремоте или сне, так же как и о широком анамнестическом анализе личности больного, представляющем существенную часть психотерапии. Эти методы имеют право на существование и применение как раздельно, так и комбинированно.

В отношении применения тех или иных приемов психотерапии необходим индивидуальный подход.

Мы обычно применяем комбинированный метод психотерапии. Она начинается с более или менее углубленной анамнестической беседы и ряда таких бесед с целью выяснить характер заболевания. Анамнестическая беседа является общетерапевтической и психотерапевтической одновременно и в особенности при неврозах. Во время этих бесед устанавливается положительный контакт врача с больным, возникает доверие больного к врачу, а главное, больной становится открытым с врачом.

Дальнейшими элементами комбинированной психотерапии последовательно являются психотерапия в бодрствующем состоянии (разъяснение и убеждение), затем внушение и гипноз для закрепления сказанного больному в бодрствующем состоянии и, наконец, внушением глубокий отдых в том же состоянии гипноза.

Одним из важных элементов психотерапии является сама формула словесного внушения. Задача врача заключается в том, чтобы коротко, четко и патогенетически правильно составить текст разъяснений, убеждений или гипноза. Центральным ядром формулы должно быть внушение больному спокойного отношения к событиям, травмировавшим его психику. Таким путем наиболее эффективно устраняется (заформализируется) действие основного невротизирующего фактора. Внушенный «глубокий отдых» также является важным приемом лечебного воздействия. Он обеспечивает возможность быстрого восстановления нормальной деятельности коры головного мозга.

Нужно сказать, что приписываемые методу гипнозотерапии вредные влияния на больного, якобы ведущие к развитию «неустойчивости личности», «рабской подчиняемости», ослаблению воли, повышенной внушаемости, патологическому тяготению к гипнозу и т. п., нами не наблюдались.

В заключение следует отметить, что мы, конечно, не ставили своей задачей дать исчерпывающее изложение всех проблем психотерапии. Мы стремились привести лишь исходные факты и вытекающие отсюда выводы, которые могут помочь дальнейшей работе в этом направлении.

Вместе с тем мы пытались сделать все, от нас зависящее, чтобы надлежащим образом обосновать пути и методы психотерапии и тем самым рефлексивно показать действительность их применения в лечебной медицине.

Мы вполне отдаем себе отчет в том, что дальнейшее успешное развитие сложной проблемы неврозов и их психотерапии возможно лишь путем длительной совместной творческой работы физиологов и клиницистов, проводимой на основе данных физиологии высшей нервной деятельности.

РАБОЧАЯ СХЕМА ГЛУБИНЫ ВНЕШНЕГО СНА

Для определения глубины внешнего сна мы пользуемся рабочей схемой, предложенной Ф. С. Катновым (1941).

Ученый выделяет три степени глубины внешнего сна, что отвечает прежним схемам В. М. Бехтерева. Каждую из них он подразделяет, исходя из физиологических или физиологических показателей, на три степени. Таким образом, выделяется девять степеней глубины внешнего сна. Каждая из них имеет свои отличительные признаки по степени раскрепощения коры мозга на сонные и бодрые пункты.

Важно отметить, как и характеру деятельности, в этих условиях и в условиях взаимодействия между собой обеих сигнальных систем и подкорковых областей. Рабочая схема имеет определенный интерес и практическую значимость и чистоту, она дает возможность определить степень гипнотизности усыпленного, учитывать степень углубления внешнего сна в последующих сеансах, вычислить эффективность гипнотерапии от глубины внешнего сна и, наконец, во всех случаях пользоваться единой схемой определения глубины внешнего сна.

Первая стадия

Первая стадия гипноза характеризуется прогрессирующим нарастающим снижением тонуса коры мозга. Изменяющиеся соотношения процессов возбуждения и торможения создают условия для иррадиации торможения, которое начинает захватывать кинестетический анализатор и вторую сигнальную систему.

Вторая стадия

Тонус коры падает. На фоне изменяющихся соотношений процессов возбуждения и торможения возникает зона раппорта. Развившееся торможение выключает кинестетическую систему (катаlepsия). Кроме того, наблюдается иррадиация торможения на другие анализаторы, в первую очередь на кожный (самостоятельная инициация). Характерна характерная фаза.

Третья стадия

Зона раппорта формируется полностью. Выключение второй сигнальной системы, кроме пункта раппорта. Развитие парадоксальной фазы. Все большее «разрывание» нормальности, более или менее объединенной работы всей коры (Н. П. Павлов) с момента после пробуждения.

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ (I₁)

Первая степень первой стадии характеризуется начинающимся ослаблением тонуса коры мозга и субъективным ощущением приятного покоя (его можно трактовать как исходное прегипнотическое состояние).

Показатели первой степени первой стадии

1. Усыпленный испытывает только покой
2. Тяжести в теле не чувствует (некоторые отмечают весьма приятное состояние покоя).
3. Окружающее слышит и контролирует свои мысли.
4. Полное сохранение всех видов чувствительности
5. Внушение двигательных реакций (движения руки) легко реализуется
6. Усыпленный легко выходит из этого состояния

Данная степень может характеризоваться как стадия с закрытыми глазами (обычно их закрывают в начале эксперимента). По методу Интера-Бергенна (бодрствование в явном с закрытыми глазами).

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ (I.)

Тонус коры резко снижается. Изменяются соотношения процессов возбуждения и торможения, создаются условия для дальнейшей иррадиации торможения и более глубокого угнетения кинестетического анализатора и второй сигнальной системы.

Показатели второй степени первой стадии

1. Глаза сами закрываются, но при проверке легко открываются.
2. Тонус мышц снижается, но двигательные движения сохраняются.
3. Поднятая рука укладывается в локоть, как бы возникает активное сопротивление, но рука и локоть руки и она остается в вертикальном положении. Пространство или другая часть. Этот симптом чрезвычайно важен для объективного определения наличия или отсутствия расслабления мускулатуры, специфичной для развивающейся сонливости, и служит показателем наличия или отсутствия патологического гипнотического состояния.
4. Вызванные двигательных реакций довольно легко реализуются, хотя и отмечается некоторое увеличение латентного периода.
5. Окружающее слышно и активно воспринимают.
6. Все виды чувствительности сохраняются.
7. Усыпляемый легко выходит из данного состояния (как бы «отряхивания» его с себя).

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ПЕРВОЙ СТАДИИ (I.)

Тонус коры резко снижается. Изменяются соотношения процессов возбуждения и торможения, создаются условия для дальнейшей иррадиации торможения и более глубокого угнетения кинестетического анализатора и второй сигнальной системы.

Показатели третьей степени первой стадии

1. Усыпляемый отмечает нарастающую дремоту и сонливость, вялость течения мыслей («не хочется думать»).
2. Большая тяжесть в теле. Мышцы расслабляются.
3. Поднятая рука бессильно падает.
4. Усыпляемый не может открыть веки и двигать руками, если движения удаются, то как бы с трудом.
5. Реализация моторных внушений резко затрудняется, последние часто не реализуются.
6. На вопрос о самочувствии усыпляемый или медленно отвечает (большой латентный период), или молчит (торможение речи).
7. Окружающее слышно. Важно помнить, что у вынужденного из этого состояния усыпляемого сохраняется уверенность, что он и сам мог бы выйти из этого состояния (открыть веки, двигать рукой) но, как правило, этого не происходит («не хочется»).

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ВТОРОЙ СТАДИИ (II.)

Вторую стадию, как мы видели, характеризуют четко выступающие явления иррадиации торможения: наличие клонических катаклизмов и атаксии, а также болезненные переходные состояния.

Первая степень второй стадии отличается падением тонуса коры. Торможение кинестетического анализатора и второй сигнальной системы проявляется более ярко. Для второй стадии характерны нарастающие явления катаклизмов.

Показатели первой степени второй стадии

1. Усыпляемый отмечает выраженную сонливость («непреодолимо клонит в сон») и затруднение движений.
2. Дыхательные движения выравниваются (дыхание делается ровным и спокойным).
3. Появление легкой катаlepsии (поднятая рука остается недолго в воздухе и падает, своей тяжести медленно опускается и при попытке удержать поднятие руки субъект чувствует легкое противодействие).
4. Вызвать внешние термостатические явления (нагревание или охлаждение руки, стоящей на локте) не удается. Если реализация достигается, то только латентным периодом после повторных или точечных внушений.
5. Внушения двигательных реакций не реализуются.
6. Окружающее слышно, но интерес к нему падает.

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ВТОРОЙ СТАДИИ (II.)

Вторая степень второй стадии представляет еще большее углубление протидупа го состояния. Полное торможение кинестетической системы (восковая катаlepsia). Торможение других анализаторов и чувств, кожного (самопроизвольная анастезия). Более выраженное торможение второй сигнальной системы.

Показатели второй степени второй стадии

1. Усиленный аналит, что он спит (рекая сонливость), отмечает основательность двигательной сферы.
2. Восковая катаlepsia (flexibilis catat).
3. Ослабление кожной чувствительности (самопроизвольная анастезия). Последнюю можно значительно усилить внешним.
4. Внешние двигательные реакции реализуются, латентный период укорачивается.
5. Появление медленных ритмичных стереотипных движений (пальцы с автоматическим движением сгибает и прекращает).
6. Внешние инициации не реализуются.

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ВТОРОЙ СТАДИИ (III.)

Функциональные свойства нервной системы меняются и проявляются фазовые явления. Уравнительная фаза (тогда и реальный раздражитель при закрытых глазах как бы уравновешиваются, при открывании глаз берет верх реальность). Углубляется торможение второй сигнальной системы (наступает реализация инициаций инициаций с закрытыми глазами).

Показатели третьей степени второй стадии

1. Усиленный отмечает потребность в собственном движении и начинает двигаться только гипнотизера.
2. Часто наблюдается и тетаническая катаlepsia (руки пружинят).
3. Внешние как активные (двигательные реакции) (двигатель медленного, отдельные толчки) так и пассивные (невозможность разжать кулак, двигать рукой) (невозможность разжать кулак).
4. Стереотипные (автоматические) движения хорошо выражены и продолжительны.
5. С закрытыми глазами начинается реализация вынужденных инициаций.
6. Внешняя инициация сгибания носа реализуется (нашагивает 1 кг).

ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ (III.)

Проявляется проявление первой сигнальной системы. Инициации с закрытыми глазами реализуются полностью и легко вызываются во всех анализаторах, кроме зрительного и слухового. Исчезает самовольная катаlepsia (четко проявляется симптом Платонова — поднятая рука быстро падает).

Показатели первой степени третьей стадии

1. Исчезает самовольная катаlepsia.
2. Инициации с закрытыми глазами вызываются полностью (кроме зрения и слуха).
3. Вызываются галлюцинации при раздражении кожи носа и языка (при закрытых трипах).
4. Вызываются ослепления голода, жажды.
5. Амнезия чет.
6. Внешние двигательные реакции всех видов 'хорошо' реализуются (пиротный латентный период).

ВТОРАЯ СТЕПЕНЬ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ (III.)

Вторая степень третьей стадии характеризуется почти полным торможением деятельности второй сигнальной системы. С закрытыми глазами вызываются все положительные галлюцинации.

Показатели второй степени третьей стадии

1. Положительные галлюцинации зрительного типа ярко реализуются (ант бабочек с закрытыми глазами).
2. Открытие глаз у некоторых усиливает разрушает галлюцинации и часто наблюдается пробуждение.
3. Частичная амнезия (субъект с трудом вспоминает проведенный сеанс).
4. Внешние двигательные реакции всех типов (пассивные и активные) легко реализуются.

ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ (III₃)

Третья степень третьей стадии характеризуется полным изолированным реинформом. Выходящие из этой стадии системы кроме пункта реинформта. «Рт. ; заны сти нормальной бече для жече объективной работы всей когы» (И. П. Павлов) с змне зией после пробуждения «того змне реального раздражителя».

Показатели третьей степени третьей стадии

1. Положительные и отрицательные галлюцинации всех типов при открытии
2. Положительные и отрицательные галлюцинации реализуются постигновотиче
3. Реализация «взятых» постигновотических внушений.
4. Полная змне зия после пробуждения.
5. Легко реализуется «трансформация» коараста (перевод в детское состояние).
6. При открытии змне — главы мутны, змне зия.
7. Возможность змне зия «мнимостного» гипноза

ИСТОРИЯ РОДОВ¹

(Нам первый опыт родообобщения внушениям)

1. Наш случай родов в состоянии постигновотического внушения находитс 3., ступенки 4 го курса метастического института, сознательно относившей ко всем своим о ду целям, змне зией подметить и передать все их детали. История проведенных родов написана самой роженней

«Когда выяснилось, что я должна ждать ребенка, мне сейчас пришло в голову, что очень интересно было бы попробовать провести роды под гипнозом. Муж живо поддерживал меня в этом намерении, и мы оба, шутя, говорили, что если я даже в рискую чем-либо, то все же следует для науки поставить этот опыт; и мое положение медиче работающей в этом направлении, меня обязывает. Я решила поговорить с проф. П и предложить на его усмотрение мое намерение»

Беременность моя началась в феврале и протекала легко. Первые месяца полтора ощущались слабость, тошнота, и я занималась с трудом, но потом все как рукой снято и я чувствовала себя совсем здоровой. Мысли о родах приходили часто: «как-то все будет?»

Мой возраст (32 года), первый ребенок, — все говорит за то, что будет нелегко, и тут еще перед глазами недавние примеры двух приятельниц, которым их дети доставили с большим трудом. Когда я читала все эти разговоры, муж неизменно, полуплутя говорил: «Да, ведь ты же будешь под гипнозом». И мысль на этом как-то несколько прерывалась, успокаивалась, дальше не думалось. Наблюдение за течением беременности и поручила д-ру Ш., и которому являлась через указываемые им промежутки. Он находил что все идет совершенно нормально. На лето мы выезжали из Харькова (14, месяца провели под Харьковом и месяц в Ялте), вернулись 5 сентября; роды нужно было ждать в конце октября или в начале ноября

По возвращении я решила присутствовать к выполнению своего плана относительно опыта. Сначала я переговорила о своем намерении с доктором Ш. Он живо заинтересовался и сказал, что готов с большим удовольствием предоставить возможность провести этот опыт в его больнице. За время беременности я говорила со многими знакомыми о своем желании подвергнуться гипнозу и почти никогда не встречала сочувствия. Все находили это чрезвычайно неблагоприятным: «таким темным областью», «неизвестно, как отразится на ребенке, а вдруг процесс родов затянется», «хватки будут ослаблены» и т. д. Прежде чем идти к профессору П., я решила поговорить с некоторыми врачами, специалистами в соответствующих областях. Меня интересовало мнение специалистов относительно возможного влияния гипноза на ход родов и на. Психиатр д-р У., уклонился от ответа говоря что он мало знаком с гипнозом, он той немецкой школы, где скептически относятся к этому вопросу так что он не может высказаться ни за ни против опыта. Гинеколог М. также не мог указать из-за недостаточного знакомства с вопросом как гипноз может повлиять на ход родов и отразиться на ребенке. Все же, несмотря на почти единодушное осуждение и в лучшем случае скептическое отношение к моему намерению, я решила поговорить с профессором П. Первым вопросом профессора, когда я сказала ему о моем желании провести роды под гипнозом, было: «а зачем это вам? Вы очень боитесь родов?» Я сообщила, что мной руководит только желание произвести психиче «первый» опыт. На мой вопрос о риске в отношении ребенка он сказал, что неблагоприятного влияния быть не может. Профессор отнюдь не соглашался принять опыт, но только в том случае, если я подложу гипнозу, что он должен определить на первом сеансе

¹ К. И. Платонов и М. В. Шестопал. Внушение и гипноз, Государственное издательство Украины, 1925, стр. 24.

время которого он мне сейчас же и назначил. Раньше гипнозу я никогда не подвер-

г 115.

И с большим интересом и охотой и с полным внутренним спокойствием я делаю этого сеанса, он заключался в следующем. Профессор предлагает мне лечь на кушетку, закрыть глаза и заставить фиксировать взгляд на блестящий шпирок своего докторского молоточка. Приближая его к глазам, говорил, «Вам хочется спать, выки вышки тяжелеют, дремота овладевает вами, вы засыпаете, вы спите». И действительно невольно закрываю глаза с чувством, что не могу их больше открыть, дыхание непроизвольно стало глубоким. В то же время я слышу стук метронома, шаги профессора и его слова. «Вы можете глубоко заснуть, спите, руки и ноги ваши тяжелеют, вам сейчас очень хорошо, легко», — и у меня на самом деле действительно приходят самые настоящие: спокойное, чувство отдыха. Профессор продолжает: «Ничто вас не беспокоит, предстоящие роды вам не страшны, они пройдут у вас нормально, очень легко и безболезненно, вы относитесь к ним совершенно спокойно. Наоборот, вы радуете это событие. Засыпайте глубже! И с каждым разом вы будете все глубже и глубже и больше поддаваться моему и желаемому вам направлению внушения». У меня ощущение, что мне хочется совсем заснуть, но мешает стук метронома, шаги профессора и иногда движения плода. «Вы не ощущаете кушетки, ни который вы лежите, вам легко, приятно и хорошо». И мысленно повторяю: «мне легко, приятно и хорошо», и действительно я ощущаю чувство абсолютнейшей легкости. Сеанс продолжается минут 20. «Теперь, когда я буду считать до трех, вы должны просыпаться, скажу „три“ — вы проснетесь и будете чувствовать себя хорошо, отдохнувшей и бодрой. Раз, два, три... И открываю глаза и, как ни в чем ни бывало, поднимаюсь с кушетки.

Профессор считает, что я поддаюсь гипнозу, и решает продолжать опыты, считая лужным потренировать меня до родов, провести несколько таких сеансов. Я внимательно следила за собой: не будет ли каких-либо последствий после сеанса, не отразится ли он как-нибудь на мне или не повлияет ли на плод. Но абсолютно ничего не могла заметить, кроме того, что, выйдя от профессора и дожидаясь трамвая, я затем лорис и несколько раз позевывала. На затылке и голове, ни слабости не было. В движениях плода не заметила никакой разницы. Настроение было совершенно ровное, и ночь потом прошла великолепно.

Второй сеанс и затем последующие (всего было 8 через два-три дня) в общих чертах повторяли первый. Профессор погружал меня в дремотное состояние сначала при помощи фиксации взгляда на молоточек, а через два сеанса без этого, а просто словами тоном приказывая: «Спите, вам хочется спать, засыпайте», я слышу спокойным тоном, рассказывая по комнате, говорил. «Роды у вас пройдут безболезненно. Этот физиологический акт по существу не должен быть болезнен, просто женщинам внушением издавна страх и ному. Вы не будете бояться, схватки у вас будут интенсивными, правильными, но боли вы ощущать не будете. Ничто вас не волнует, вам легко, приятно и хорошо». Погрузиться в глубокий сон так, чтобы потерять сознание, мне ни разу не удалось: на последних сеансах дремотное состояние было значительно глубже, чем на первых, до все же обрывки мыслей меня не покидали. При словах «засыпайте глубже» и при легких поглаживаниях по лбу и по плечам дыхание становилось очень глубоким и минутами сон как будто сковывал, но затем слова профессора или какие-нибудь звуки (шаги) будили внимание.

Часто мысль вращалась вокруг того, что со мной происходит, я анализировала явления. Например, я думаю: «Как любопытно, вот я не сплю, между тем дышу, как глубоко спитый человек, такого ощущения в обычное время нельзя засыпать или, как это поразительно. при всем желании я не могу поднять веки или, слушая слова профессора „вам сейчас очень хорошо“, я как бы заглядываю внутрь себя и констатирую, что действительно мне очень хорошо». Однажды на третий или четвертый раз я, дожидаясь очереди в приемной и услышав из соседней комнаты стук метронома, с удивлением заметила, что моя кисть ко сту, голова опустилась на руки и я задремала так, как это бывало на сеансах. Когда пришла пациентка и сказала мне, что можно идти к профессору, я с большим трудом поднялась и, держась за стены, ошупью сделала несколько шагов до кабинета профессора и со словами «я совсем сплю» опустилась на кушетку и по предложению профессора погрузилась в свое обычное состояние. Метроном в последние сеансы не заводился. Раз-два профессор пробовал внушить мне потерю кинестетической чувствительности испытывая ощущение колесиком с зубчиками и булавакой. По его приказанию я не ощущала пощипывания зубчиков. Также меня поразило, когда он как-то сказал, что теперь я не смогу поднять руки так она отяжелела, и когда я делала большие усилия, действительно не смогла поднять руки. По-прежнему на живот были еще только после второго сеанса потом этого не наблюдалось. Попробованному ямка или болезненным проявлений после сеансов я не испытывала. Да и глупо было их ожидать: так просто и естественно все было, ничего насильственного, формального.

На протяжении у меня в последнее время было великодушное (я как то сказала профессору, нужно ли приписать это его внушению, но только у меня удивительно спо-

комое, приятное ощущение. И как и радость как бы переключилась на меня на один из привычных мыслей. Но теперь данные подмечали у меня болезненное выражение лица. О родах была о чем-то страшном мне и в голову не приходило думать. Она как будто задерживала меня, которая не позволяла за нее проникнуть. Мне как то было тяжело, а радость была стоп, дальше не думалось. Не могу сказать, чтобы у меня была уверенность, что они будут безболезненными, просто, точно атрофировались мои способности думать о родах и что-либо переживать относительно их.

Оставаясь такой в этот вечер, когда я раньше ходила к д-ру Ш. на консультацию или когда в больнице проходила мимо его больницы, где я решила родить, всегда как-то сильно становилось. «Вот здесь... что-то будет... А теперь я пришла и нему (за три недели до родов, в итоге не подумала и было даже радостно. И я с удивлением это состояние провала — вот мне с чем не страшно. Не приходило мне также в голову, что я уже под влиянием неужели мое состояние казалась мне более чем естественным. К совсем я отождалась, как и любопытному опыту — каков будет результат при родах?

До самого последнего дня я исполнила все нужное по дому и старалась побольше успеть в институте — бывала на практических работах и некоторых лекциях.

В последние дни октября вечером часов в 6, сидя с мужем за чаем, я почувствовала как будто схватку. Внутри как будто что-то сжималось. Я сказала ему об этом и мы посмеялись. Вот было бы хорошо, если бы такие схватки были все время — бы боли. Но я серьезно не отнеслась к этим ощущениям. Не могла себе представить, что схватки могут быть совсем безболезненными ощущениями. Мне говорили, что дело значит я — для меня это было так. По опыту схватки и спинали еще раза два до сна, потом спала всю ночь, как всегда, совершенно спокойно. Утром подобные ощущения повторились, но я продолжала не придавать им никакого значения, поскольку элемент боли совершенно отсутствовал — было ощущение просто спазма и жевоте, я могла его приписать явлениям со стороны кишечника. Мы с мужем продолжали шутить, а вдруг это схватка, и я не успею дойти до больницы, так все здесь и кончится — может быть это просто так действует? Но мы были очень далеки от мысли, что это «может быть» и на самом деле так.

И поехала к профессору Ш. По дороге я замечала, что все же что-то не ладно — пожалуй, ощущение тяжести, некоторая слабость и спать вредно что-то сжимается внутри, так что я инстинктивно откидывалась.

Самое простое обычно и в состоянии здоровья доктор и близодружия выслушивала какое-то «вам легко» приятно и хорошо, схватки вам будут даже приятны... роды пройдут безболезненно» и т. д.

После сеанса на приглашение профессора прийти через два дня, я ему сказала, что боюсь, как бы сегодня уже не было в последний раз, я ощущаю что-то нестандартное. Мы с ним говорились, что когда я пойду в больницу дадим ему знать.

Схватки продолжались в привычном без всяких болезненных ощущений; я называла их схватками и шутила так странно быто бы принять их за действительные схватки.

У меня в этот день как раз скопились хозяйственные дела — пылесос распылялся и приносил в квартиру дрова, что продолжалось до темноты, девушка возилась с бельем, мне целый день пришлось толкаться в кухне на ногах с уборкой и ни разу не пришло в голову, что я бы могла сделать что-то другое. Иногда минут через 10—15, иногда через большие промежутки, но все только ощущение спазма или позы на ягодицах, и еще уплотняется стенки живота. Поскольку не было действительно больно, но хотя бы чуточку чувствительно, мы опять не придавали значения этим явлениям. Я помню, у моей приятельницы схватки, и настоящие, с сильной болью, начались за две недели до родов — доктор признал, что это был подготовительный период. Я хотела считать, что у меня тоже начинается подготовительный период, который, конечно, будет длиться долго. Но соседка настоятельно советовала мне не идти показаться доктору. Я решила принять ванну, и потом, может быть, отправиться. Но после ванны мне не захотелось идти погода была ужасная ливень дождь; мы с мужем решили, что если будет что-нибудь серьезное, то ночью поедем в больницу.

Выделения продолжались, участились позывы на мочеиспускание, схватки мои участились. Я могла стать и поспать, и почитать, и поговорить с мужем, но в действительности, даже уже проехать в больницу. Страх, волнения я не испытывала ни в какой малой степени. На душе в глубине спокойно, спокойно. Я совершенно и крепко говорила: «Хотя бы подождать до утра и выпустить еще одну почку, а то потом с ребенком начнутся бессонные ночи... Мы с мужем на часам следим за схватками минут через 5, через 7, иногда через 10 и говорим: «Вот опять начинается» ощущение продолжалось одну-две минуты и потом я говорила: «Вот отпустило». И мы продолжали шутить: «Если это действие гипноза, то это замечательно! Но серьезно я не могла думать, что гипноз уже может проявлять свои действия. Я почему-то представляла себе, что уже в больнице, когда мне будет больно придет профессор, потреплет меня в обычное дремотное состояние и вытравит, что мне не больно.

Потом я засыпала, но сначала довольно часто просыпалась, схватив все предостережения. Часом к трем они участились и обрели интенсивное (попрямому абсолютно без всяких безразличных ощущений), сразу увеличившись количество слизистых выделений, появились очень частые позывы на мочеиспускание.

Утром 30 или 31 октября, пришла моя коллега, одноклассница С., бывшая фельдшершица и акушерка. Я рассказывала ей все, что со мной происходит; она говорит, что, почитавшему, начинаются роды, и все удивляется, почему мне не больно. Я жонж, боюсь и только время от времени с печальным видом сообщаю, вот опять начинаются схватки.

В три часа мне с мужем отпраиваться пешком к доктору. Погода была хорошая, и я с большим удовольствием пошлась до больницы. По дороге (хотьбы минут 15—20) и раз три останавливаясь так — приятные ощущения. Настроение было великолепное — спокойное и веселое — не хотелось уходить с улицы. Д-р Ш., осведеляясь о моем самочувствии, сказал, что рада уже тому, произошло раскрепощение матки на 1½ пальца, шейка матки — тоже на 1½ палец. И тогда уж отпустила меня. Но когда я себя так хорошо и бодро чувствовала, он может мне разрешить, если я хочу, пойти домой час на два, но через два часа необходимо быть уже в больнице. Я, конечно, обрадовалась, ведь не хотела бы прожить в стационаре больше двух часов. Я шла одна к соседке по комнате (жена профессора М.) и рассказывала ей свои необыкновенные случаи. Мне с ней заговорились, и в самом незаметно привела у нее полтора часа, сидя на диванчике. Выходя, я вручила ей вешонку, улыбаясь, сообщила ей: «Вот очень схватки». Я заметила, что схватки интенсивнее и дольше, но все же не сопровождались никакими, хотя бы незначительными болезненными ощущениями. Она поразилась и рассуждала, как ей было больно, когда появилась на свет ее дочка. Теперь я я была склонна думать, что, очевидно, внушение профессора уже играет здесь роль, и мне стало столь приятно, столь интересно и важно за собой наблюдать. Муж встал, меня еще в гости. Мы с ним пообедали и отпраивались уже с вещами на вокзалы в оккупацию. Едва я в самом приятном настроении. День был тихий, теплый, сидеть рядом с мужем было так уютно, на душе было так хорошо, и я несколько раз повторила: «Я удивительно хорошо чувствую» — такое радостное, точно праздничное, настроение было у меня (хочу здесь сказать, забежав вперед, что когда я возвращалась уже из больницы домой с ребенком, шла так же на вокзалы, я была счастлива и вспоминала, что уже переживала такое настроение — именно, когда ехала в больницу и я несомненно рассказала по дороге мужу: «Как странно, у меня сейчас точь-в-точь такие же настроения, как тогда, когда я ехала в больницу»).

Д-р поручил наблюдать за мной акушерке. Мы с ней беседовали о разных вещах в период от времени ей говорила: «Начинается схватка». Она сидела около меня и потом стала просить: «Вы, пожалуйста, каждый раз говорите мне, когда у вас схватка. Обычно они жёсткими кряжат или стонут, или по крайней мере по их лицу можно сказать, что схватка начинается, а у вас ничего не заметно, в мне же нужно каждый раз смотреть, следить».

Я лежу, настроение у меня великолепно. У меня начинаются схватки и сейчас же великолепно приходит на ум слова профессора: «Вам легко, приятно и хорошо». Часов в 4¹⁵ в комнату входит пошел профессор. Я ему страшно обрадовалась: сразу почувствовала прилив бодрости, спокойствия и радости. Он поднялся, сказал: «Все хорошо, так и должно быть. Боли вы ощущать не будете, роды будут легкие, лежите спокойно. Вам сейчас очень хорошо». Он поднялся поверх к доктору. Я продолжала лежать, укрытая одеялом мне было тепло, спокойно, разговаривать больше не хотелось — дремать. Только попрежнему я говорила акушерке: «Вот начинается схватка», и она продолжала свои наблюдения. Потом она сказала, что, понаблюдав уже происходит заплывание на прямую кишку: она протолкнула мне первый из высвободившийся для родовых путей, так как там ей будет удобнее за мной наблюдать. Я легко перешла и в лежачее, на этот счет. Я все время за собой наблюдала: «Вот мне ничуть не страшно — как странно». Схватки делались все настоящие, чаще и продолжительнее. Я почувствовала с разрешения акушерки на левый бок, укрывшись одеялом и лежу себе, прислушиваясь к своему опущенным. «Вот начинается по мне совсем не больно». Пришли и профессор. Доктор посмотрел, напуг, что дело очень пошло, работа идет позитивным ходом.

Профессор поглаживал меня рукой по лбу и говорил: «Все прекрасно, вы чувствуете себя хорошо. Вы счастливы, боли вы не ощущаете и ощущать не будете. Дремотное состояние овладевает вами». Потом он опять ушел. Между схватками у меня было совсем сонное состояние, иногда с началом схватки я ловила себя на мысли, что вот сейчас я спала.

Часов в 12 я в первый раз стала ощущать некоторую болезненность за время схватки: какую-то густую, иющую, как бы заглушенную боль в крестце, в боках, но вполне терпимую. Все же я попросила акушерку сказать профессору, что у меня появились некоторая чувствительность. Доктор и профессор сейчас же пришли. Доктор сказал, что сейчас, пожалуй, самый болезненный момент: дайте мне релаксанты. Профессор опять вложил мне мой лоб и говорил, «Вам нам совсем не больно! Вам хорошо!» — «Вы счастливы, что совсем знаете, что такое дело, все идет прекрасно, роды протекают безболезненно, и так же безболезненно закончатся, послеродовой период тоже будет протекать хорошо» и т. д. Присутствие профессора оказывало на меня замечательное действие. Мне сразу становилось как-то особенно спокойно, боли ощущать я перестала. Доктор сказал, что дело подвигается хорошо, и через час все кончится. Я не хотела этому верить, мне казалось, что роды у меня, как у первородящей, будут продолжаться по меньшей мере сутки.

Доктор остался со мной и не отходил до конца родов. У меня начались потуги. По совету доктора я помогала им, напругая брюшной пресс. Ощущение от потуг было приятное, о чем я сказала другу. Промежутки между потугами были не так приятны: чувствовалась некоторая слабость и неопределенная болезненность. Потуги были все чаще и с каждым разом я с большим удовольствием помогала, держась руками за края кровати. В промежутках между потугами я дремала. Потом и выскочил доктор отдал мне распоряжения — смазывать пальцы маслом. Было часа 2. Профессор пришел, стал около меня, и мы стали разговаривать. Он расспрашивал, как я себя чувствую, и с добрым видом говорил, что все идет великолепно, уверял, что мне очень хорошо, радостно и интересно, спрашивал, сильно ли кричат обыкновенно роженицы. Я его слушала, отвечала. В его присутствии и испытывала все тот же покой и благополучие. В это время доктор что-то возился со мной, на коленях у меня лежала простыня, и я ничего ничего не видела, что со мной происходит. От разговора с профессором меня отвлекли доктор отрывистыми приказаниями «Дышите... помогайте... это важно... не дышите...». Я, исполнив требуемое, обращалась к профессору. У меня появилось новое ощущение: как будто чувство жжения, мне пришло в голову, что доктор прикасается руками, смазанными маслом, и пот под меня течет, но мне неограниченно приятно. Доктор держит ребеночка, хлопает его, тот закричит, меня поздравляют с сыном. Нечетко помню, кому в первый момент не было границ, я ли за что не могла поверить, что все уже кончилось — это казалось мне совершенно невероятным. Я и не заметила, как начинались роды. И сразу я почувствовала необыкновенную радость, бодрость, легкость, я пыталась соскочить с кровати. Я чувствовала себя совершенно здоровой, испытывала такое ощущение силы, как будто я и не проделала большого напряжения.

Меня поразило, что никакой слабости и утомления я не чувствую. Мы с профессором продолжали оживленно беседовать, перебирая все подробности опыта, в то время, как со мной еще возились — вылезли после, меня убаюкивали. Доктор сказал, что на следующий день владелица получит сына и считает нужным затолкать там шов. Наложение шва было совершенно безболезненно. Когда все было закончено, меня укрепили и вывели в палату. Мои ощущения полного здоровья и присутствия всех сил меня не покидали, спать мне ничуть не хотелось. Профессор и доктор понесли ко мне в палату, и там мы вместе радостно делились впечатлениями от опыта. Я выходила в самом блаженном состоянии. После их ухода я еще долго лежала, улыбаясь с ощущением радости. На третий день и во все последующие дни самочувствие у меня было очень хорошее. Послеродовой период протекал благополучно. Ребенок проявлял себя очень хорошо. Вес был около 11 фунтов, грудь наел сразу и сосал очень энергично, кричал громким голосом, а вообще же был довольно спокойным — давая возможность всем окружающим отдыхать. Из больницы я вышла на 9-й день. Дома чувствовала себя хорошо настолько, что сразу же могла исполнить кое-какие работы по хозяйству и совершенно самостоятельно возиться с ребенком. Таким образом, я должна признать, что роды протекали у меня исключительно легко. Мне совершенно непонятно, как это женщины говорят о них, как о чем-то ужасном. За то время, пока я лежала в больнице, там было несложно родить, и я слышала неистовые крики родильниц с каким-то смелым чувством неопределенности, недоумения и недоверия, мне несколько казались сильно преувеличенными эти крики.

Как опыт применения гипноза, мой случай представляется мне интересным тем, что я все время была в ясном уме и твердой памяти.

Никогда раньше я не подвергалась гипнозу и не знала как выражается его действие, и удивлялась тому, как просто и естественно его действие. Я не смогла бы различить, перебирая в памяти процесс родов, где было внушение, где было самовнушение, где простое отвлечение внимания. Мне теперь смешно, когда говорят, что страшно представить гипноз.

ЛИТЕРАТУРА

О естественном

- Айваджянц И. С., Роль психотерапии в дерматологии, Русский журнал кожных и венерических болезней, 1904, т. VII.
- Айхенвальд Л. И., Туберкулез психики, Одесский медицинский журнал, 1929, в. 2—4.
- Алфеевский Н. П., Нервные и психические явления у туберкулезных, Современная психиатрия, 1912, в. 3.
- Альберт Д. Е., Вегетативная нервная система и тканевый обмен, Успехи современной биологии, 1953, т. 4, с. 1—5.
- Альберт Д. Е., О трофической функции нервной системы, Успехи современной биологии, 1953, т. 4, с. 1—5.
- Амфибатов Л. Г., Гипотеза о естественном аборте, Акушерство и гинекология, 1938, в. 4—6.
- Амфибатов Л. Г., Обезболивание родов гипнозом, Акушерство и гинекология, 1937, в. 12.
- Андреев В. В., Доклад на 9-м совещании по физиологическим проблемам, посвященный памяти И. П. Павлова, изд. АН СССР, 1941.
- Андриасян Г. К., Курортное лечение кожных болезней в свете учения И. П. Павлова, в сб.: Вопросы дерматологии на курорте Сочи—Мацеста, 1952, № 1.
- Анохин П. К., Узловые вопросы в изучении высшей нервной деятельности, в сб.: Проблемы высшей нервной деятельности, Изд. АМН СССР, 1949.
- Антер И. М., Сексуальные неврозы и их терапия, в сб.: Неврозы, Харьков, 1930.
- Антер И. М., Вопросы методики и практики психотерапии, в сб.: Психотерапия, Труды Украинского психоневрологического института, 1930, т. XIV.
- Арутюнов Н. А., К лечению бородавок гипнозом, Сборник научных работ Н-го кожно-венерологического госпиталя, Иваново, 1946, реф. Вестник дерматологии и венерологии, 1947, в. 4.
- Асратян Э. А., Принципы «интерпретации» в физиологии нервной деятельности, Физиологический журнал СССР, 1941, т. 2, в. 1.
- Бакунин А. И., Некоторые задачи хирургии в свете учения И. П. Павлова, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 1.
- Бакунин А. И., Спина и мимика улыбки изучены в физиологическом смысле, Кинетический журнал Саратовского университета, 1958, в. 1.
- Бакунин А. И., Полная мимика улыбки изучена в физиологическом смысле, Кинетический журнал Саратовского университета, 1958, в. 1.
- Бахматов В. А., Роль гипноза в лечении кожных болезней, Харьковский медицинский журнал, 1937, в. 1.
- Белая В. А., Сущность и роль гипноза в лечении кожных болезней, в сб.: Бородавки, Харьков, 1944.
- Белая В. А. и П. А. Иванов, П. М. Орлов, Журнал исследований в области физиологии и психологии, 1958, в. 10.
- Белая В. А., Правильность и неправильность фактов при лечении бородавок, Советский врач, 1938, № 1.
- Белая В. А., Сущность и роль гипноза в лечении кожных болезней, Дисс., Ташкент, 1944.
- Белая В. А., К вопросу о лечении вульгарным pruritus cutaneus, Врачебное дело, 1937, в. 6.
- Белая В. А., К вопросу этиопатогенеза и терапии дисморфического дерматоза, Медицинский журнал, Восток в ориентации, 1937, в. 8.
- Белая В. А., Об эмпирической и инстинктивной температуре, Советский врачебный журнал, 1940, в. 3—8.

- [illegible]

- Бехтерев В. М. и Целованов Н. М. О влиянии типов и изменений на сочетательные рефлексы, в сб.: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы 1925, в. 1.
- Бехтерев В. М. и Мяснищев В. Н., О сочетательно-рефлекторных взаимодействиях мотонных пульсов Труды института медико-научных знаний, 1928, т. 4.
- Бехтерев В. М., Об ампониях как минимально-соматических рефлексах, в сб.: Новые в рефлексологии и физиологии нервной системы, 1929а, в. 2.
- Бехтерев В. М. и Славин Р. Я., Нервные и психические акты, Г. Ф. Стан., Частичная патология и терапия внутренних болезней, т. IV, в. 1, 1929б.
- Бехтерев В. М. и Павлов И. П., История там же 1929в.
- Борисов В. И. Экспериментальный анализ. Дисс. Гидрот, 1925.
- Борман В. Н. и Блудович М. М., Вспомогательные явления в истории и экспериментальной физиологии, Архив биологических наук, 1954, № 6.
- Борисов В. Н., Применение терапии своим в клинике неврозов Вестник АМН СССР, 1946, № 1—6.
- Борисов В. Н. Роль физиологического и социального происхождения в патогенезе и терапии неврологических синдромов Журнал высшей нервной деятельности, 1954, т. 4, в. 1.
- Борман В. Н., Опыт клинико-физиологического определения типов высшей нервной деятельности, там же, 1951б, т. 1, в. 6.
- Блуменгаузен Л. В., История и ее патогенез, Госиздат, 1926.
- Боткин С. П., Гипноз и вегетативная нервная система, Советский врачб-ль журнал, 1946, № 14.
- Боткин С. П. и В. А. Личности врача в медицине, Казанский медицинский журнал, 1928, № 1.
- Боткин С. П., Гипноз. Исследования физиологические и психологические СПб., 1889 (перевод с франц.).
- Боткин С. П., О сокращениях селезенки, СПб., 1874.
- Боткин С. П., Ежедневная клиническая газета, 1881.
- Бригман Я. М., Одышка как патологический сочетательный или условный рефлекс, Невропатология и психиатрия, 1938, т. VII, № 9.
- Бригман Я. М., Материалы к учению о физиологической природе ампонии. Ленинградский медицинский журнал, 1928, № 1.
- Буллатов П. К. Психический механизм ампонии. Дисс. СПб. 1904.
- Буллатов П. К., О роли внушения при лечении больных бронхиальными и туберкулезными заболеваниями органов дыхания, в сб.: Клинико-физиологические исследования бронхиальной астмы, т. 1, 1933а.
- Буллатов П. К. и Вуд П. Н., Лечение бронхиальной астмы существенной терапией, там же, 1933б.
- Буллатов П. К., Современные течения в психиатрии, Гоминизд, 1929 (перевод с нем.).
- Буллатов П. К., Охранительная терапия своим по И. П. Павлову в до и послевоенный период, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 1.
- Бухарин В. И., О зависимости действия некоторых лекарственных веществ от особенностей строения больного. Доклад на заседании общества, посвященном 10-летию Института по изучению мозга имени Г. М. Бехтерева, 1938.
- Быков К. М., Кора головного мозга и внутренние органы Медгиз, 1917а.
- Быков К. М., Новое в учении Павлова о высшей нервной деятельности. Стенограмма публичной лекции на газете «Правда», 1947с.
- Быков К. М., Развитие идей И. П. Павлова (задачи и перспективы), изд. АН СССР, 1950.
- Быков К. М., Учение И. П. Павлова и экспериментальное естествознание, Медгиз, 1947.
- Быков К. М. и Л. О., Об исторической литературе. Новое в медицине, 1917, № 1—14.
- Васильевский В. М. и Каган Э. М., Влияние функциональных изменений на функции организма в работе и релаксации, Физиологический журнал СССР, 1935, т. XIX, в. 1.
- Васильева В., Воспитание сочетательного двигательного рефлекса на составный раздражитель в виде звука и сочетательного его слова, Обзоры психиатрии и экспериментальной психологии, 1911, № 1—6.
- Васильев В. И. и Мельников В. А., Выработка условного сердечного рефлекса при резистентности к воздействию сердца, в сб.: Вопросы изучения и воспитания личности, 1930, в. 1—2.
- Введенский Н. Е., Полное собрание сочинений, т. V, Л., 1954.
- Вельвовский М. Э., Шугон Е. А. и Исаичев В. А., Система профилактического и психотерапевтического обслуживания родов, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1950, № 1.
- Востряковский И. З., Опыт построения на основе учения И. П. Павлова и психотерапевтического метода обслуживания родов, в сб.: Обслуживание в родах, М., 1952а.

- [illegible]

- Давиденков С. Н. Очерзные пути и задачи в учении о неврозах человека с точки зрения физиологии высшей нервной деятельности. Советский психиатрический сборник, 1918, X, 1.
- Давиденков С. Н., О механизме истерических расстройств с точки зрения психофизиологических взаимоотношений, в сб. Проблемы кортико-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова изд. АМН СССР, 1949.
- Давиденков С. Н., Клинические лекции по нервным болезням, Медгиз, 1952а.
- Давиденков С. Н., Учение И. П. Павлова о неврозах человека и их лечении, Ч., 1952б.
- Гавриленко С. Н., К проблеме неврозов. Медицинский работник, 1954, № 14.
- Лангледецкий В. Я., Гипнотизм, Харьков, 1924.
- Ларвин Ч., О выражении ощущений у человека и животных, Полное собрание сочинений, т. III, 1908.
- Дежерин И. и Гюллер К., Функциональные проявления психоневрозов и их лечение психотерапией М., 1912 (перевод с франц.).
- Делов В. Е., Влияние коры головного мозга на проводящую систему сердца. Тезисы 5-го совещания по физиологическим проблемам, Л., 1939.
- Джигуль О. и Макашова Э., Часы и минуты дня, Литературная газета 1953, № 54.
- Дик В. Г. Тоническая форма гипертермии и ее значение. Гипертермия и анушерство, 1925а, № 2.
- Дик В. Г., Психологические корни эпилепсии и лечение его психотерапией, Вестник современной медицины 1925б, № 7.
- Дик В. Г., О диагностике психогенных заболеваний в гинекологии, Журнал акушерства и женских болезней 1925в, № 3.
- Дик В. Г., Психогенные заболевания женской половой сферы как противопоказание к курортному лечению, Курортное дело, 1927а, № 5.
- Дик В. Г. Гипноз как вспомогательное средство в гинекологической терапии. Врачебное дело, 1927б, № 21.
- Дик В. Г., Об «эпигенных» заболеваниях в гинекологии (к вопросу о психогенных заболеваниях в женской половой сфере). Вестник современной медицины, 1927в, № 5.
- Дик В. Г., О роли психики в генезе гинекологических заболеваний. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, № 2.
- Дик В. Г., О психогенных гинекологических операциях, Казанский медицинский журнал 1929а, № 7 и 8.
- Дик В. Г., О психогенных болезнях в гинекологии. Журнал акушерства и женских болезней, 1929б, № 5.
- Добин Е. Н., Случай пятилетней астении-абалии, вылеченной психотерапией, Психотерапия, 1910, в. 1.
- Долли А. О., Миллер-Богданова Е. Г. и Павловский Ю. А. Роль коры головного мозга в регуляции процессов обмена. Архив биологических наук, 1934 XXXVI, серия В, в. 1.
- Долли А. О., Условное восприимчивость и подавление коры больших полушарий болезненного состояния организма, Труды 5-го совещания по высшей нервной деятельности АН СССР и ВИУМ, Л., 1935.
- Долли А. О., Условный эпилептиформный припадок. 3-е совещание по физиологическим проблемам Физиологического института АН СССР (тезисы докладов) Л., 1938.
- Долли А. О., Экспериментальная эпилепсия. Архив биологических наук, 1939а, т. 54, в. 1.
- Долли А. О., Кортикальное торможение болезнетворного влияния химических веществ на организм, Архив биологических наук 1939б, т. 54, в. 1.
- Долли А. О., Роль коры головного мозга в патологических процессах организма, Труды объединенной сессии, посвященной 10-летию со дня смерти И. П. Павлова, Л., 1948.
- Долли А. О. и Крылов В. Н., Роль коры головного мозга в иммунных реакциях организма. Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 4.
- Дубликов Е. И. К лечению эпилепсии, Врачебная газета 1928, № 12.
- Дубликов Е. И., К вопросу об «эпигенных» заболеваниях, Врачебное дело, 1928, № 8.
- Дубликов Е. И., К вопросу о лечении эпилепсии нервного происхождения гипнозом, Врачебное дело, 1932, № 15-16.
- Дубликов Е. И., Два случая излеченной метроррагии гипнотерапией. Анушерство в гинекологии, 1938, № 8.
- Дубликов Е. И., Гипнотерапия в практике, Советский врачебный журнал, 1939, № 2.
- Дюбуа, Психоневрозы и их психическое лечение, СПб, 1912а (перевод с франц.).
- Дюбуа, Воображение как причина болезни, изд. «Наука», 1912б (перевод с франц.).

- Гарский Я., Плотичер А. и Фурманов А., Вопросы клиники и терапии почечной недостаточности у детей, Украинский медицинский журнал, 1930, т. VI.
- Гришан Н. Д. и Косов-Киселев М. Н., О роли психогеии, Казахский медицинский журнал, 1935, т. I.
- Данис П., Неврологические заболевания детей, СПб, 1903.
- Жулар, Гипнотическое лечение функциональных расстройств у истеричных. Обзорное невропатическое исследование, Дисс., У 10.
- Жуков П. А., Лечение истерии и гипнозом некоторых кожных заболеваний в условиях клиники, Дисс., Медгаз, 1934.
- Завьяловский И. И., К патогенезу шизофрении, XVIII научная сессия УИИД, 1935.
- Зайдель Ф. Л., К вопросу терапии малых неврозов, Невропатология и психиатрия, 1930, № 6.
- Зинин А. И., Влияние задушения на появление и исчезновение сыпей и других дермических расстройств, Вестник психиатрии, 1904, в. 2.
- Захарьин Г., Клинические лекции, М., 1909.
- Зирломы Г. и В. М., Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии, М., 1937.
- Зисович В. И., Обезболивание родов гипнозом и гипнозом, Проблемы практической медицины, т. IV, М., 1937а.
- Зисович В. И., Гипноз и внушение в акушерстве и гинекологии, Дисс., М., 1937б.
- Зисович В. И., Влияние психического фактора на механизм терморегуляции и некоторые формы обмена, Клиническая медицина, 1936, т. XIV.
- Зисович В. И., Психотерапия болезненных синдромов при соматических заболеваниях, Врачебное дело, 1947, № 8.
- Злотников С. А., О влиянии функции коры головного мозга на соматическую возбуждающую реакцию, Вопросы теоретической медицины, Медиц, 1949.
- Иванов-Смоленский А. Г., Опыт механизации гипнотического воздействия, Врачебное дело, 1928, № 3.
- Иванов-Смоленский А. Г., О нарушениях нервной деятельности континентально-коммюнистического происхождения, Вестник медицинский СССР, т. II, 1945.
- Иванов-Смоленский А. Г., О взаимодействии первой и второй сигнальных систем при некоторых физиологических и патологических условиях, Физиологический журнал СССР, 1949, в. 1.
- Иванов-Смоленский А. Г., Пути развития идей И. П. Павлова в области патологической физиологии нервной деятельности, Изд. Академии наук СССР, 1950.
- Иванов-Смоленский А. Г., Об изучении совместной работы первой и второй сигнальных систем мозговой коры, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 1.
- Иванов-Смоленский А. Г., Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности, М.—Л., 1952.
- Иванов-Смоленский А. Г., Об изучении типов высшей нервной деятельности животных и человека, Журнал высшей нервной деятельности, 1953а, т. III, в. 1.
- Иванов-Смоленский А. Г., Исследование совместной работы и взаимодействия первой и второй сигнальных систем применительно к задачам медицины, там же, 1953б, в. 4.
- Иосет Г. Я., Татон Н. А. и др., О травме психики больных в хирургических отделениях, Советская врачебная газета, 1932, № 13.
- Иосет Г. Я., О травме психики хирургических больных, Вестник хирургии имени Грокова, 1940, в. 4.
- Иоффе С. П., Из психотерапевтической гипнотической практики в акушерстве, Врачебное дело, 1929, № 11.
- Иоффе С. П., К вопросу о гипнотерапии, Днепротровский медицинский журнал, 1928, № 1, 2.
- Иоффе С. П., Лечение так называемых неукротимых рвот беременных словесным внушением, Дисс., Воронеж, 1941.
- Истомин П. П. и Гальперин П. Я., О влиянии внушенных состояний на колебания лейкоцитарного лейкоцитоза, Украинский вестник рефлексологии, 1923, № 2.
- Истомин П. П., К проблеме морфинизма, в сб.: Психотерапия, Труды УИИД, т. XIV, 1930а.
- Истомин П. П., К психотерапии и биологической ценности ее при беременности и родах, там же, 1930б.
- Иткин М. Г., Бдительность к больному человеку (к вопросу об атрофии), Советский врачебный журнал, 1936, № 22.

- Казаков Н. П., О применении гипноза при гинекологических операциях, Врачебная газета 1925, № 17-18.
- Коганов М. И., К вопросу о применении гипноза при беременности и родах, Одесский медицинский журнал, 1927, № 8-10.
- Каминский С. Д. и Шевченко Ю. Г., О роли коры больших полушарий в формировании бл. и. Невропатологии и психиатрия, 1949, т. XVIII, в. 6.
- Каминский Ю. В., Внушение и внушаемость, ВМЭ, 1928а.
- Каминский Ю. В., Врч как причина болезни ЛМЭ, т. V 14286.
- Каминский Ю. В., К профилировке одной из форм разбитой (психотической) личности, в сб.: Профилактика нервных и психических заболеваний, М., 1928в.
- Каминский Ю. В., Психотерапия, ВМЭ, т. XXVII, 1933.
- Каминский Ю. В., Место гипноза в системе советской психотерапии и психогигиены, Советская невропатология, психотерапия и психогигиена, 1934, т. III, в. 9.
- Каргаузов В. К., К развитию учения о неврогенном происхождении бронхиальной астмы, Советская медицина, 1953, № 3.
- Каргаузов В. К. и Лезит Н., Дипломатическое торможение и феномен Моллера, Современная психоневрология, 1930, № 7-8.
- Картамышев А. И., Гипноз в дерматологии, Голоса Узбекской ССР, Ташкент, 1936а.
- Картамышев А. И., Возможности использования гипноза в дерматологии, Советская наука и техника, 1936б, № 5.
- Картамышев А. И., Лечение кожных заболеваний внушением, Изд. Башкирского кожно-венерологического диспансера, Уфа, 1942.
- Картамышев А. И., Гипноз и внушение в терапии кожных болезней, Медгип, 1953.
- Катков Е. С., Матеріали до фізіологічної характеристики стадій гіпнозу і об'єктивної діагностики глибини гіпноідних станів у людини, Наукові записки Харківського держ. педагогічного інст., т. VI, 1941.
- Кейнон, Вальтер, Физиология эмоций, Телесные изменения при голоде, страхе и ярости, перевод с английского, Л., 1927.
- Кербасов О. В. и Крылов Д. Н., Опыт изучения ультрапарадиссальной фазы в клинических психогенных реакциях, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III, в. 3.
- Киселева С. К., Условнорефлекторные лейкоцитарные реакции периферической крови, Клиническая медицина, 1951, в. 9.
- Киселов А., К вопросу о применении гипноза в гинекологии, Врачебное дело, 1933, № 19-20.
- Ковалевский П. И., Стигматизм, Практический врач, 1909, № 12.
- Ковальсон С. I., Обезболивания родов психонпрофилактическим методом, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1953, № 5.
- Ковригина М. Д., За высокую культуру медицинского обслуживания населения, Медицинский работник, 1954, № 89.
- Кобыляцкий Н. Г., Дисменоррея, излеченная внушением, Врач, 1887, № 45.
- Коганов М. И., Обезболивание родов внушением. Дисс., Харьков, 1946.
- Коганов М. И., Обезболивание родов внушением без предварительной гипнотической подготовки, Акушерство и гинекология 1951, № 2.
- Кожеников А. Я., Случай исцеления от сахароза, Труды Московского университета, СПб, 1895.
- Кожеников А. Я., Расстройства воображения под влиянием душевных волнений, Вопросы философии и психологии, 1898, кн. V.
- Козин П. А., Труды психотерапии по физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка, в. 2, 1933.
- Козин Н. И., Опыт образования условного рефлекса на изменение кровяного давления у детей. Архив биологических наук, 1935, т. 30, в. 2.
- Кольский Ф. Л., Случай вызнания мейнших при помощи словесного внушения в состоянии гипноза, Медицинское обозрение, 1887, № 10.
- Комаров Ф. И., Лекции о деятельности пищеварительных желез у человека во время сна, Медгип, 1953.
- Ковстатинков В. Н., Применение гипноза в хирургии, Казахский медицинский журнал, 1937, № 6.
- Копиль-Левина З. А., Методика обезболивания родов словесным внушением, в кн.: И. И. Платонов, Вопросы психотерапии и акушерства, Харьков, 1946.
- Копиль-Левина З. А., К обезболиванию родов методом внушения в присутствии и отсутствии предварительного психотерапевта, в сб.: Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, Изд. Днепропетровского Южного ж. д., Харьков, 1946.
- Копиль-Левина З. А., К методике психотерапии и механическим развитием психогенных расстройств зрения и слуха, в сб.: Вопросы невропатологии и психоневрологии, т. 2, изд. Днепропетровского Южного ж. д., Харьков, 1946.

- Копиль-Девин, А. и Шаршенская О. И. К вопросу о функциональных порожняках зрения в слуха военного времени, в сб.: Боевая травма нервной системы, Мидва, 1948.
- Короткий И. И., Майоров Ф. П. и Суолова М. М., Исследование высшей нервной деятельности человека в сомнамбулической фазе гипноза, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 4.
- Короткий И. И. и Суолова М. М., Исследование высшей нервной деятельности человека в фазе гипноза при различной степени гипнотического сна, Физиологический журнал СССР, 1953, т. 39, № 24.
- Косыков К. С., Материалы к условнорефлекторному влиянию на уровень сахара в крови человека, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, в. 5.
- Котляревский Л. И., Труды лаборатории физиологии и патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка, т. 4, 1934.
- Котляревский Л. И., Влияние условных рефлексов на непосредственные и условные раздражители, Физиологический журнал СССР, 1936, т. X X, № 2.
- Котляревский Л. И., Влияние экспериментального срыва высшей нервной деятельности на поведение животных, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 3.
- Красногорский Н. И., Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей, изд. Ленинградского института саркома детей и подростков, 1951.
- Красногорский Н. И., Фазовые изменения деятельности больших полушарий головного мозга у детей, Журнал высшей нервной деятельности, 1951а, т. 1, в. 1.
- Красногорский Н. И., Некоторые итоги развития и применения учения Н. П. Петрова о высшей нервной деятельности в педиатрической клинике, Журнал высшей нервной деятельности, 1951б, т. 1, в. 6.
- Красногорский Н. И., Инфракрасное излучение тела у детей при гипнотических (разделенных) состояниях коры больших полушарий, Журнал высшей нервной деятельности, 1951 в, т. 1, в. 3.
- Крафт-Эббинг, Экспериментальные исследования в области гипноза, СПб., 1889.
- Крессе Е. М., К вопросу о влиянии тока на мышечную нервную деятельность, Русская физиологическая конференция, 1923, в. 4—6.
- Кроуфорд А., Гипноз и внушение, Берлин, 1923 (перевод с нем.).
- Крюцель А. А., Влияние внушения в гипнозе на свертываемость крови, Клиническая медицина, 1932, т. X в. 17—18.
- Крымова В. А., Применение метода охранительного торможения в клинике органических поражений периферической системы, Невропатология и психиатрия, 1953 в.
- Ксенократов М. И., Влияние гипнотического сна и внушения на внимание, Казанский медицинский журнал, 1935, № 11—12.
- Кудашев А. Д., Опыты применения гипноза в акушерстве и гинекологии, Казанский медицинский журнал, 1927, в. 12.
- Куналов П. С., Условные непроизвольные рефлексы, Архив биологических наук, 1941а, т. 61, в. 3.
- Куналов П. С., Влияние условных раздражителей на безусловный [рефлекс], там же, 1941б, в. 3.
- Куналов П. С., Об экспериментальных неврозах у животных, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. II, в. 4.
- Лазурский А. Ф. и Гизе Э. А., Дыхание и пульс во время гипноза. Обзор литературы, неврологии и судебной психиатрии 1900, № 5.
- Лебедевский М. С., Психотерапия при нарушении речи, Невропатология и психиатрия, 1945, в. 6.
- Лебедевский М. С. и Гольдман Л. Н., Психотерапия больных гипертензивной болезнью. Рефераты научно-исследовательских работ, изд. АМН СССР М., 1947, в. 2 стр. 19. Новости медицины, изд. АМН СССР, 1948, в. VII.
- Левинфельд Л., Гипноз и его техника, Изд. «Росмос» с предисловием К. И. Платонова, 1929 (перевод с нем.).
- Левин С. М., Гипноз и условные рефлексы, Советская врачебная газета 1934а, № 1.
- Левин С. М., Особенности условнорефлекторной деятельности в гипнотическом состоянии у детей, Физиологический журнал СССР, 1934 б, т. XVII, в. 2.
- Левин С. М., Функциональное выключение ингибиторов в условных рефлексах, Архив биологических наук, 1936, т. 34 в. 1.
- Левин С. М. и Петрова В. К., Количественные и биохимические изменения секреции слюнных желез во время гипнотических внушений, Клиническая медицина, 1938, в. 6.

- Девитус Е. И., Соколова И. М. и Фельдберга Р. А., Характеристика вегетативной нервной системы при ревматизме у детей, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1943, в. 1.
- Девитус Е. И., Фельдберг Р. А., Психические заболевания в урологии, Урология, 1923, т. V, в. IV, № 2.
- Лавин А. К., О физиологической сущности гипноза, Природа, 1927, в. 7—8.
- Лавин А. К., Статус призыва. Психическая армия, Днепропетровск, 1927.
- Лавин А. К., Сила призыва при психической болезни, Л., 1928.
- Лавин А. К., Гипноз и применение его в акушерстве и гинекологии, Акушерство и гинекология, 1928, т. XXXIX, в. 2.
- Лавин А. К., Условные рефлексы, роль их в жизни и душевнобольных, Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, Л., 1929.
- Лукин Д., Носовская ревматическая кожная заболеваний, Вестник невропатологии и психиатрии, 1939, № 2.
- Лукин Д. А., Влияние психических заболеваний на внутренние органы, Лекции по психиатрии, Л., 1938, № 1.
- Лукин Д. А., Внутренняя картина болезни и психотическое заболевание, М., 1944.
- Майоров Ф. П., Состояние болезни при психическом заболевании, Л., 1938, т. 20, № 1.
- Майоров Ф. П., Исследования личности сна и переходных состояний у человека, Методы хронического сна, Л., 1938, т. 20, № 1.
- Майоров Ф. П., Исследования личности сна и переходных состояний у человека, Методы хронического сна, Л., 1938, т. 20, № 1.
- Майоров Ф. П., О фазах сна, Физиологический журнал СССР, 1948, т. XXXIV, в. 4.
- Майоров Ф. П., О функциональной системе, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, т. XVI, 1949.
- Майоров Ф. П., О физиологической характеристике сомнамбулической фазы гипноза, Физиологический журнал СССР, 1950, т. XXXVI, в. 8.
- Майоров Ф. П., Физиологическая теория сна, М., 1951.
- Майоров Ф. П. и Суслова М. М., Исследование экспериментальной регрессии речи в гипнозе, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. 1, в. 4.
- Маласевич В. А., Материалы для вопроса об этиологическом и терапевтическом значении психических влияний, СПб., 1876.
- Маласевич В. А., О значении психических влияний, лекция, СПб., 1877.
- Маласевич В. А., К вопросу о лечении бородавок гипнозом, Русская клиника, 1928, № 54—55.
- Маласевич В. А. и Красин В. К., К вопросу о влиянии гипноза на секреторную функцию желудка, Врачебная газета, 1928, № 19.
- Маласевич В. А., Исследование гипноза с помощью электроэнцефалографии, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. 1, в. 2.
- Маласевич В. А., Электроэнцефалографическое исследование сомнамбулической фазы гипноза, Труды Института физиологии имени И. П. Павлова, т. 1, 1952.
- Маласевич В. А., Электроэнцефалографическое исследование естественного и искусственного сна человека, т. 1, там же, 1952.
- Маласевич В. А., Исследование динамики сна человека и средства и меры для электрического сопротивления поверхности кожи, т. 1, там же, 1952.
- Маласевич В. А., Лечение алкоголизма комбинацией гипноза с выработкой условных рефлекторных реакций от глотка спиртного напитка, Советский врачебный журнал, 1937, № 1.
- Маласевич В. А., Поддержка больных в операции гипноза, Врачебное дело, 1922, в. 2.
- Маласевич В. А., Действительный метод обезболивания родов, Медицинский работник, т. XIX, 1950.
- Маласевич В. А., К вопросу о влиянии экспериментального сна на выделение нервной функции, в сб.: Психотерапия под ред. К. И. Платонова, Харьков, 1930.
- Маласевич В. А. и Платонов К. И., К вопросу о влиянии коры головного мозга на психическую функцию, Труды I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова, Л., 1940.
- Маласевич В. А., Опыт лечения алкоголизма в амбулаторных условиях, Невропатология и психиатрия, 1904, в. 1—2.
- Маласевич В. А., Лечение гипнозом случая психической аномалии, Обзор психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1907, № 1.
- Маласевич В. А., Снятие возбуждения матки при угрожающем прерывании беременности психотерапевтическим методом, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1951, в. 4; 1952, в. 6.

- [illegible]

- Павлов И. П., Изъясню к молодежи, Полное собрание трудов, т. 1, 1940, стр. 27—28.
- Павлов И. П., К физиологии и патологии высшей нервной деятельности, изд. газеты «Правда», 1949.
- Павлов И. П., [пятидесятилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) живых существ], Медгиз, 1951г.
- Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. III, кн. 1, изд. АН СССР, 1951б.
- Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. III, кн. 2, изд. АН СССР, 1951в.
- Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. IV, изд. АН СССР, 1951г.
- Павлов И. П., Полное собрание сочинений, т. V, изд. АН СССР, 1952а.
- Павлов И. П., Физиология пищеварения, изд. АМН СССР, 1952б.
- Павлов И. П., К вопросу о применении словесной терапии при лечении барановых, Труды Украинского психоневрологического института, т. XIX, 1930.
- Пармонов Н. Н., Применимость гипноза в хирургии, Новый хирургический архив, 1937, № 12.
- Парфонов А. П., Истерический амнезис, леченный психотерапией, Врачебная газета, 1927, № 22.
- Пилицкий А. А., Лечение алкоголиков по данным двухлетнего опыта амбулатории клиники В. М. Бехтерева, Обзорные психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии, 1905, № 4.
- Петров Н. Н., Вопросы хирургической стоматологии, Военно-медицинский журнал, 1952, № 5.
- Петрова М. К., Лечение экспериментальных неврозов у собак, Архив биологических наук, 1925, т. 25, в. 1—3.
- Петрова М. К., Ультранарадосветная фаза и ее механизм, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, т. 7, 1937.
- Петрова М. К., Кошачье заболевание у экспериментальных собак, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, 1945а, т. 12.
- Петрова М. К., О мышлении как фактор, восстанавливающий нервную деятельность, там же, 1945б.
- Петрова М. К., Об экспериментальных фобиях, там же, 1945в.
- Петрова М. К., О роли физиологии и психологии коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме, Мед. нр., 1946.
- Перельмутер М. М., О психотерапии Невропатологии и психиатрии, 1940, в. 4.
- Пилипенко П. Д., Коллективная психотерапия, Современная психиатрия, 1934, № 2.
- Платонов К. И., Воспитание сочетательного двигательного рефлекса на составной (свет + звук) раздражитель, Дисс., СПб., 1912.
- Платонов К. И., Психорефлексы и влияние на них гипнотического внушения, Харьковский медицинский журнал, 1915, № 6.
- Платонов К. И., О значении эмоций в развитии неврозов, в сб. Травматический невроз, Харьков, 1918.
- Платонов К. И. и Вольяновский О. З., К вопросу о применении гипноза в хирургии, акушерстве и гинекологии, Врачебное дело, 1924, № 7.
- Платонов К. И., Гипноз и внушение в практической медицине. Научная мысль, 1925а.
- Платонов К. И. и Шестопал М. В., Внушение и гипноз в акушерстве и гинекологии, Гинекологический журнал, 1925б.
- Платонов К. И., Врачи и гипноз, Врачебное дело, 1925в, № 24—26.
- Платонов К. И., К вопросу о лечении психоневрозов гипносом и психотерапией, Современная гинекология, 1925, № 6—7.
- Платонов К. И., Внушение и гипноз в хирургии, Труды съезда хирургов донбасской Украины, ч. II, Харьков, 1925д.
- Платонов К. И., К учению о природе гипноза и гипносушествивной психотерапии, Современная психиатрия, 1926а, № 3.
- Платонов К. И., О влиянии внушения в родоразрешении, Труды VII Всесоюзного съезда акушеров, 1926б.
- Платонов К. И., О практическом значении инструкции, о порядке применения гипноза, выработанной Научным советом при НКЗ РСФСР, Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, М., 1927, стр. 236.
- Платонов К. И., Обобщающие данные о методах лечения неврозов в сб. Неврозы, приложение к журналу «Врачебное дело», 1929, в. 12.
- Платонов К. И., Слово как физиологический и лечебный фактор, Госизд. Украины, 1930а.
- Платонов К. И. и Приходивый Е. А., К объективному доказательству влияния личности путем внушения (экспериментально-психологические исследования), в сб. Психотерапия, Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, 1930б.

- Платонов К. И., Гипноз и алкоголизированная нервная система, Вопросы общей психоневрологии, там же, 1934, т. XV.
- Платонов К. И., Суггестивный гипноз: суггестивном методе исследования в области психофизиологии и психиатрии, Труды IV Всесоюзного съезда физиологов, 1930.
- Платонов К. И., Лечение в системе одного диспансера, Врачебное дело, 1933а, № 10.
- Платонов К. И., С психогенеза и психотерапии рвот беременных, Журнал акушерства и женских болезней, 1933б, кн. 4я.
- Платонов К. И. и Беакинская Н. М., Эмоции и влияние их на состояние живого организма: суггестивно-гипнозистическому методу, Клиническая медицина, 1933в.
- Платонов К. И., Фиксированное выступление на I Украинском съезде невропатологов и психиатров, Труды съезда, Харьков, 1935а.
- Платонов К. И., К новому обоснованию психотерапии, Неврология, психиатрия и наркология, 1935б, т. IV, в. II.
- Платонов К. И., О врачебном и санаторном психотравматизме туберкулезных больных, Врачебное дело, 1935в, № 3.
- Платонов К. И., Психотерапия блуждающих нервов, издания Украинской психологической Академии, Харьков, 1936а.
- Платонов К. И., Обезболивание родов по методу внушения, Научно-информационный материал УПНМ, 1936б, Труды конференции по обезболиванию родов, 1936в.
- Платонов К. И., Психические факторы при обезболивании родов, Акушерство и гинекология, 1937а, в. 9—10.
- Платонов К. И., Общие соображения о путях к материалистическому обоснованию психотерапии, Труды Кубанского медицинского института, в. VIII, Краснодар, 1937.
- Платонов К. И., Материалы к вопросу о значении гипноидных фаз коры мозга в генезе и терапии невротических состояний, Труды XIV сессии Украинского психоневрологического института, т. XIII (71), Харьков, 1937.
- Платонов К. И., Метод гипнозистической репродукции психоневрологических синдромов (материалы к учению о так называемом травматическом неврозе), Проблемы неврологии и психиатрии, 1938.
- Платонов К. И., О скрытом психическом факторе в медикаментозном родообезболивании, Акушерство и гинекология, 1940а, в. 3—4.
- Платонов К. И., Словесное внушение и его физиологическое обоснование и применение к родообезболиванию в сб. Вопросы психотерапии в акушерстве, изд. Дорсанотдела Южной ж. д., Харьков, 1940б.
- Платонов К. И., О психогенезе и психотерапии рвот беременных, там же, 1940.
- Платонов К. И., К психотерапии так называемого травматического невроза, в сб. Вопросы нейротризматологии и психоневрологии, ч. 1, изд. Дорсанотдела Южной ж. д., Харьков, 1941а.
- Платонов К. И., Итоги применения метода внушения в родообезболивании и их клиническое значение, там же, 1941б.
- Платонов К. И., Лечение суггестивной терапией токсикомных рвот беременных, сб. Проблемы кортика-висцеральной патологии под ред. К. М. Быкова, 1949.
- Платонов К. И., Психопрофилактическое обезбоживание родов, Врачебное дело, 1950б, № 12.
- Платонов К. И., Лисицкий М. Л., Пайкин М. О. и Банальчук М. О., О влиянии внушенных эмоций на желудочную секрецию, Тезисы доклада на конференции в Институте экспериментальной медицины по проблемам пищеварения, № 1, 1951.
- Платонов К. И., Внушение и гипноз в свете учения И. П. Павлова, Медгиз, 1952а.
- Платонов К. И., О природе некоторых расстройств функций внутренних органов в свете учения Павлова, в сб. Проблемы кортика-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, 1952б.
- Платонов К. И., К значению суггестивного гипнозического торможения как терапевтического средства при лечении некоторых патологических состояний человека, Журнал высшей нервной деятельности, 1952в, т. II, в. 3.
- Платонов К. И., О современном положении физиологически обоснованной психотерапии, Тезисы докладов на научной сессии, посвященной 150-летию Харьковского медицинского института, Харьков, 1955.
- Платонов К. К., О неправильном педагогическом подходе как факторе психо-генно-реактивных состояний у летного состава, Информационный бюллетень авиационной медицины, 1946, № 2.
- Платонов К. К. и Смухин М. В., Врачебная экспертиза летного состава при реактивно-психогенных состояниях, в сб. Вопросы медицинского обеспечения авиации, т. II, М., 1939.

- Плещинский Д. Ф. Материалы к вопросу о роли коры головного мозга в изменении чувствительности к боли, в сб. Проблема реактивности в патологии Мозга, 1954.
- Поворинский Ю. А., Значение подготовки в премедикации гипноза при хирургических операциях, Журнал для усовершенствования врачей, 1928, т. XIII.
- Поворинский Ю. А. и Трауготт Н. П. О некоторых особенностях кортикальной деятельности в гипнотическом сне, Архив биологических наук, 1936, т. 44, в. 1.
- Поворинский Ю. А., Опыт экспериментального исследования изменений корковой динамики в гипнотическом состоянии, Дисс., М., 1937.
- Поворинский Ю. А., Влияние гипнотического воздействия на газообмен, Сб. работ, посвященный юбилею Р. Я. Сеченова, М., 1940.
- Поворинский Ю. А., Влияние эмоционального состояния на конституциональные реакции, в сб. Проблемы корково-висцеральной патологии, 1949.
- Поворинский Ю. А., Об измененных эмоциональных реакциях в гипнотическом состоянии при воздействии интермедийных и словесных раздражителей, Невропатология и психиатрия, 1953, т. 53, в. 11.
- Подкопнов Н. А., Выработка условного рефлекса на автоматический ритм дыхания, Труды физиологической лаборатории И. П. Павлова, т. 1, в. 2-3, 1926.
- Подкопнов Н. А., Физиологический анализ истинного компонента при заболеваниях пищеварительного тракта, в сб. Проблемы корково-висцеральной патологии, 1949.
- Подъяпольский П. П., Путирь от мнимого ожога, получаемый с помощью внушения в состоянии искусственного сна, Труды Саратовского общества естественных наук, т. IV, в. 2, 1903-1904.
- Подъяпольский П. П., О хлороформном сне, Невропатология и психиатрия, 1908, № 10.
- Подъяпольский П. П., О вегетативных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением, Журнал м. н. Корсакова, 1909, в. 1.
- Подъяпольский П. П., О применении гипнотического внушения при эпилепсии, Неврологический вестник, 1913, № 3.
- Подъяпольский П. П., Случай применения гипнотического внушения в психиатрической практике, Невропатология и психиатрия, 1915, в. 1.
- Подъяпольский П. П., Простое словесное внушение в качестве общего наркоза, Клинический журнал Саратовского университета, 1925, № 1.
- Подъяпольский П. П., Гипнотическое внушение и его применение в хирургии, Природа, 1926, № 9-10.
- Подъяпольский П. П., Гипнология и применение гипнотического внушения в медицине, Труды II Поволжского съезда врачей, т. VI, 1927.
- Подъяпольский П. П., Гипнотическое внушение в педиатрии, там же, 1927.
- Подъяпольский П. П., Гипнотическое внушение его значение при диффузных формах дистонии, применено в терапии в хирургии, Клинический журнал Саратовского университета, 1929, т. VII, № 4-5.
- Полетапов А. Г., Нервные болезни кожи, в сб. Дерматологическое и венерическое, в. 1, 1887, в. 2, СПб., 1888.
- Попов Е. А., Материалы к вопросу о роли экстрапиримидного аппарата в механизме двигательных условных рефлексов, Избранные сочинения невропатолога, т. 27, № 10.
- Попов Е. А., К вопросу о тоне некоторых форм мезокинии (пассивно-флегматизма), Врачебное дело, 1938, № 10.
- Попов Е. А., О некоторых условиях образования навязчивых состояний Советской психоневрология, 1940, в. 4.
- Попов Е. А., Патологические условные рефлексы как основа некоторых расстройств внутренних органов, Врачебное дело, 1947, № 8.
- Постольник Г. С., Роль без предварительной подготовки, Труды VIII Всесоюзного акушерско-гинекологического съезда, Киев, 1924.
- Постольник Г. С., Опыты применения гипноза и внушения при родах, Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 1.
- Постольник Г. С. и Жуков Н. А., Применение гипноза в терапии экземы на курорте Сочи — Мацеста, в сб. Вопросы дерматологии на курорте Сочи — Мацеста, № 1, 1952.
- Пророков И. Р., Влияние беременности на искусственные и натуральные условные рефлексы, Труды физиологической лаборатории имени И. П. Павлова, т. X, 1941.
- Протоколов Н. М., Применение гипноза в санаторных условиях, Врачебное дело, 1928, № 8.
- Пушенин Л. М., О мозговых центрах, управляющих эрекцией полового члена и симпатическим, Дисс., СПб., 1902.

- Пшоник А. Т., Роль формы батных полушарий в формировании кожной болевой реакции, в сб.: Проблемы корково-висцеральной патологии, под ред. К. М. Быкова, изд. АМН СССР, 1949.
- Пшоник А. Т., Роль формы полушарий и рецепторная функция органа, М., 1952.
- Пав Р. М. и Джигаров М. А., Образование усиленных связей в гипнотическом сне, Архив биологических наук, 1936, т. 42, в. 1—2.
- Пырьев И. П., Влияние гипноза на психотерапию в акушерстве и гинекологии, Акушерство и гинекология, 1927, № 2.
- Рише П., Влияние гипноза на психотерапию при истерии, СПб., 1886 (перевод с французского).
- Робертс Н. П., Влияние гипноза на психическое развитие при раннем сифилисе, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, в. 3.
- Романов В. Е., Терапевтическая эффективность лечебного внушения в удлинённом гипнотическом сне, Невропатология и психиатрия, 1953, т. 53, в. 6.
- Романов В. Е., Гипноз в медицине, Медгиз, 1954.
- Романов В. Е., Психическая травма и энцефалический эпилептический синдром, Врачебное дело, 1953, т. 53, в. 6.
- Розенфельд И. С., Влияние беременности на условные рефлексы, Архив биологических наук, 1922а, т. XXI, в. 2—5.
- Розенфельд И. С., Влияние беременности и лактации на условные рефлексы, физиологический журнал, 1922б, т. V, в. 1—3.
- Россолямо Г. И., О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью упрощения техники работы нервной системы, Невропатология и психиатрия, 1905, в. 5.
- Русский И. М., Опыт изучения вегетативных рефлексов при интентивном сне, Врачебное дело, 1930, № 18.
- Рыбальский Я. В., Опыт вызывания пузырей на коже путем гипнотического внушения, Газета Боткина, 1890, № 2.
- Самойлов А. М., Психическая травма и туберкулез, Краснодар, 1940.
- Самойлов А. М., Врач и больная, Краснодар, Красное знамя, 1950.
- Самойлов Д. А., Избранные произведения, изд. АМН СССР, 1949.
- Семинский А. В., Несколько слов о проблеме гипноза в акушерстве, Журнал акушерства и женских болезней, 1907, № 1.
- Сергейев М. Я., Аффекты и психические процессы при гипнозе, Журнал психиатрии, 1907, т. III, в. 1.
- Сеченов И. М., Избранные произведения и психологические приложения, М., 1947.
- Сеченов И. М., Рефлексы головного мозга, изд. АМН СССР, 1952.
- Спирин А. Д., Влияние коры головного мозга на регуляцию тепла в организме, Сообщение 2, Физиологический журнал СССР, 1938, т. 25, в. 6.
- Смирнов Д. А., Два случая тяжелого травматического невроза, излеченных гипнотическим внушением, Невропатология и психиатрия, 1916, № 2.
- Смирнов Д. А., О лечении гипнотическим внушением в случаях комбинации органического и функционального Менингиального обострения, 1917, № 1.
- Смирнов Д. А., О психогенных дерматозах, Днепротровский медицинский журнал, 1914, № 5.
- Смирнов Д. А., Гипноз и гипнотические внушения, Днепротровский медицинский журнал, 1920, № 8.
- Смирнов К. Г., Минутный объем сердца собаки при условнорефлекторной регуляции ритма и силы работы, Вестник экспериментальной биологии и медицины, 1940, т. 11, в. 6.
- Сорохтин Г. Н., Рефлексологические типы детей школьного возраста, изд. «Сонька» 1925.
- Сорохтин Г. Н., Тургель К. Ю. и Минут-Сорохтина О. П., О центральном и периферическом рефлексах сердца, Биологический журнал СССР, 1914, т. 1.
- Сперанский А. Д., Элементы построения теории медицины, ВНОМ, 1935.
- Сперанский В. Н., О сущности и механизме гипнотического внушения, Врачебное дело, 1924, № 19—20.
- Степанов В. В., Гипноз и внушение, Г., 1914.
- Степанов В. В., Метод современной психотерапии и лечение внушением, Общественная психиатрия, 1911, в. 4—5.
- Стонов А. Г., Хронический абстиненцизм (табакокурение) и его лечение, Г., 1913.
- Стрелов И. В., Терапевтические условия сна при хроническом абстиненцизме, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, в. 2.
- Стрелов И. В., О влиянии сна на психическое состояние и изучения влияния его при абстиненции, Журнал высшей нервной деятельности, 1950, т. 1, в. 1.
- Стрелов И. В., О хроническом абстиненцизме и лечении сна в психиатрии, Невропатология и психиатрия, 1952, т. 52, в. 4.

- Стрельчук И. В. Опыт дифференцированного гипнотерапевтического воздействия в свете учения И. П. Павлова о двух сигнальных системах, Журнал высшей нервной деятельности, 1953, т. III, в. 3.
- Стрикина Г. В. Экспериментальные исследования взаимодействия первой и второй сигнальных систем у детей-невротиков, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 3.
- Стычковский И. Л. К вопросу о психогенных колебаниях температуры, Клиническая медицина 1923, т. I, № 5—6.
- Сумбатов И. С., К вопросу о ваготоргических расстройствах, вызванных гипнотическим внушением, Сибирский архив клинической медицины, 1928, № 4.
- Сумбатов И. С., К психотерапии гомосексуализма Советская психология, 1936, № 3.
- Сумбатов И. С., К теории и практике психотерапии, Иркутское областное здравоохранение, 1946.
- Суслова М. М., Экспериментальное исследование динамики гипнотического сна у человека, Физиологический журнал имени И. М. Сеченова, 1940, т. XXIX, в. 3.
- Суслова М. М., Исследование ритмической способности коры больших полушарий в симпатическом фазе гипноза, Труды Института физиологии имени И. П. Павлова, 1952, т. I.
- Сыркин М. И., Изменения родов гипнозом, Педиатрия, акушерство и гинекология, 1947, № 3.
- Сыркин М. М., Опыт трехлетней работы киевского городского акушерского гипнотария, 1950, Педиатрия, акушерство и гинекология 1950, № 11.
- Талыцкий А. А., Изменение количества лейкоцитов при внушении сытости или голода в состоянии условнорефлекторного сна, Медицинские мысли Узбекстана, 1928, № 2.
- Тарло В. С., Об атрогенных заболеваниях в гинекологии, Врачебное дело, 1928а, № 7; Казахский медицинский журнал, 1928б, № 1.
- Тарханов И. Р., Случай тупого перелома позвоночника с переломом сердца, Еженедельная клиническая газета, 1881, № 1.
- Татаренко Н. П., К невропатологии и патофизиологии фантома свежеемпутированных, Дисс., 1948; Медицинат Украины, 1952.
- Татаренко Н. П., К невропатологии синдромов, связанных с включением в работу возбуждения в коре головного мозга, Журнал высшей нервной деятельности, 1951, т. I, в. 4.
- Тер-Аветисян Г. Р., Случай применения гипноза при эпилепсии, Современная психиатрия, 1907, в. 6, 7.
- Тер-Овляков Я. А., Гипноз и условные рефлексы, Труды Тбилисского института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1936а (на грузинском языке).
- Тер-Овляков Я. А., Болезненные роды под влиянием гипнотических внушений, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1936б (на русском языке).
- Тер-Овляков Я. А., О гипнотической аналгезии при операциях, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. I, 1945а (на русском языке).
- Тер-Овляков Я. А., Влияние внушения в гипнозе эмоций на функцию анализаторно-статического различения, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. II, 1945б (на русском языке).
- Тер-Овляков Я. А., Об атрогенных заболеваниях и лечении их психотерапией, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. II, 1945в (на русском языке).
- Тимефеев Н. П., К вопросу о механизмах эмоциональных реакций у душевнобольных Невропатология и психиатрия, 1938, в. 11.
- Тихомиров Д. М., О роли эмоций в эпилепсии, Обзорение психиатрии, невропатологии и экспериментальной психологии, 1911, № 1.
- Токаревский А. А., Гипнозизм и внушение, Архив психиатрии, 1887, т. XI, в. 1 и 3.
- Токаревский Б. А., Терапевтическое применение гипноза, Доклад на IV съезде русских врачей, СПб. 1891.
- Токаревский Б. А., О гипнотической аналгезии при родах, Современная психоневрология, Киев, Одесса, 1926, т. XII.
- Токаревский Б. А., Устранение гипнозом спонтанной гангрены, Саратовский вестник здравоохранения, 1925, № 1—2.
- Томашов Ф. В., Введение к его роли в деле воспитания, СПб, 1911 (перевод с французского).
- Топчибаев И. М., Психические моменты и значение их мышления при обезболивании, Клиническая медицина, 1950, в. 9.
- Триумфов А. В., Учение М. И. Аствадурова о психосоматическом взаимодействии и его дальнейшее развитие, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, Изд. АМН СССР 1949.

- Трутенъ М. З. и Марморштайн Ф. Ф., К вопросу о влиянии внушения на цветн... Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, т. 2, под ред. И. А. Павлова, 1941.
- Тютчев Н. А., К вопросу о значении психотерапии в клинике соматических заболеваний... медицина, 1930, т. VIII, № 23—24.
- Тютчев Н. А., К вопросу о значении психотерапии в курортной практике, в сб.: Вопросы курортной медицины на курорте Сочи—Мацеста, Кисловодск, 1932.
- Уринов А. А., К вопросу о влиянии гипноза на деятельность коры головного мозга, Журнал высшей нервной деятельности, 1952, т. 2, № 1.
- Ухтомский А. А., К 15-летию советской физиологии, Физиологический журнал СССР, 1933, т. 12, в. 1.
- Федорова Л. П., О возможности широкого применения гипноза при операциях... Ленинградского медицинского института, т. 1, 1925.
- Федорова Л. П., К вопросу о влиянии центральной нервной системы на рвоту у детей... Журнал педиатрии, 1953, № 1.
- Федорова Л. П., К вопросу о влиянии гипноза на материнскую работу во время войны 1914—1918 гг., Журнал педиатрии, 1918, № 1.
- Федорова Л. П., Ожог, вызванный внушением в гипнотическом состоянии, Журнал педиатрии, 1928, № 3.
- Федорова Л. П., О влиянии гипноза на процессы утомления и восстановления, Журнал педиатрии, 1934, № 4.
- Федорова Л. П., Гипноз и лечение психических заболеваний, Журнал педиатрии, 1934, № 4.
- Федорова Л. П., Е. Е. Кучинский, Интерическая лихорадка, Невропатология и психиатрия, 1934, № 4.
- Федорова Л. П., Иван Петрович Павлов (воспоминания), 1949 г.
- Фролов Ю. П., Патология бронхиальной астмы и других спазматических состояний в свете учения И. П. Павлова, в сб.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, 1946.
- Фролов Ю. П., Ближние сроки жизни на условные рефлексы, Архив биологических наук, 1922, т. XXI, в. 3—5.
- Хек-Тюх, Дух и тело, 1904, СПб (перевод с англ.).
- Холостовский М. И. и Хаймович М. М., Об атрофии и спастичности, Советская невропатология, психиатрия и психогигиена, 1934, т. III, в. 10.
- Хоррава Р. П., Психостабильный симптоматический невроз, Труды Института функциональных нервных заболеваний, т. 1, 1936, Тбилиси (на русском языке).
- Хорошко В. К., Факты памяти и проблемы в патологии эпиплексии, Труды I Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, М., 1927.
- Цитков И. Т., К обезбоживанию ротов по методу прижогом сновесного воздействия (внушения), без предварительной подготовки психотерапевтической подготовки, Акушерство и гинекология, 1941, № 1.
- Цыганов Ф. Б. и Утецкий Н. Л., К амбулаторному лечению алкоголизма, Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, 1930.
- Цыганов И. С., О так называемых вазомоторных психорефлексах, Русский физиологический журнал, 1918, т. 1.
- Цыганов И. С., Кровяное давление в гипнозе (экспериментальное исследование), Труды Украинского психоневрологического института, т. XIV, 1930 г.
- Цыганов И. С., Пульс и дыхание в состоянии бодрствования и в гипнотическом состоянии (экспериментальное исследование), там же, 1930 г.
- Чайков В. Н., Вольфсон В. Н., Арутюнов Д. Н., О биохимических изменениях крови при эмоциях, Невропатология и психиатрия, 1937, т. VI, в. 5.
- Череповский М. З., Пути советской медицины в лечении внутренних болезней, Советский врачебный журнал, 1937, № 20.
- Череповский М. З., Психология и психотерапия при внутренних болезнях, Советский врачебный журнал, 1946, № 1.
- Череповский М. З., Методы психотерапии и гипноза в клинической медицине, 1953.
- Череповский М. З., Применение гипноза в хирургии, акушерстве и стоматологии в участковой практике, Журнал советской хирургии, 1951, в. 3.
- Череповский М. З., К вопросу о лечении истерической глухоты и глухоты, Советская медицина, 1937, № 11—12.
- Шатенштейн Д. Н., Тезисы сообщения на XV Международном физиологическом конгрессе, 1935.
- Шатенштейн Д. Н., Регуляция физиологических процессов во время работы, Медин, 1948.
- Шатенштейн В. Л., Из гипнотерапевтической практики участкового врача, Современная психоневрология, 1936, № 4.

- Deutsch u. Kewell, Zschr. f. d. ges. exp. Med., 1923, Bd. 60.
 Eichelberg, Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk., 1921, Bd. 68—69.
 Erikson, The induction of color blindness by a technique of hypnotic suggestion, Journ. Psychol., 1929, 20, 61, 89.
 Esquirol, Des maladies mentales, considerees sous les rapports medical, hygienique et medical, Paris, 1858.
 Feré Ch., La pathologie des emotions, Paris, 1892.
 Flurnoy E., Epilepsie emotionnelle, Arch. de psychol., 1913, t. XIII, No. 49.
 Gessler u. Hansen, Dtsch. Arch. f. klin. Med., 1927, Bd. 10.
 Glaser, Psychische Beeinflussung des Blutserum Kalkspiegels, klin. Wschr., 1924, N. 32.
 Glaser, Med. klin., 1924, N. 10.
 Gowers, System of Medicine, London, 1910.
 Grafe u. Mayer, Wiener klin. Wschr., 1925, N. 12.
 Grunmach, Ueber Suggestivbehandlung von Warzen, Münch. med. Wschr., 1927, N. 24.
 Heyer, klin. Wschr., 1923, Bd. 2.
 Heitlag u. Hoff, Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1923, Bd. 86.
 Heitlag u. Hoff, klin. Wschr., 1923, No. 46.
 Heitlag u. Hoff, Beitrag z. hypnotischen Beeinflussung der Magenfunktion, Med. klin., 1925, N. 5.
 Heitlag u. Hoff, Allgem. Zschr. f. Psych., 1928, N. 3.
 Heyer G. R., Psychogenese u. Psychotherapie körperlicher Symptome. Herausgeg. v. Dr. Schwarz. Psychogenes Funktionst. des Verdauungstraktes, 1925.
 Hoff u. Wermer, klin. Wschr., 1925, N. 8.
 Hoff u. Wermer, klin. Wschr., 1928, N. 8.
 Joltrain E., L'émotion, facteur de déséquilibre humoral, Presse méd. Juin, 1933.
 Kirschenberg, Die Veränder. d. Blutviskosität während der Hypnose. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1925, Bd. 41.
 Köhler S. u. Behr M., Ueber suggestives Injectionsfieber bei Phthisiker, Dtsch. Zschr. f. klin. Med., 1905, Bd. 2.
 Kohnstamm u. Eichelberg, Zschr. f. Nervenheilk., 1921, Bd. 68—69.
 Langheinrich, Münch. med. Wschr., 1922, N. 41.
 Liebault, Du sommeil provoqué et des états analogues, Edit. 1, 1866; édit. 2, 1889.
 Lumière Auguste, Rôle du facteur émotionnel dans les troubles fonctionnels et les affections organiques, Presse méd., 1928, Aut. 8.
 Levy—Suhl, Die hypnotische Heilweise u. ihre Technik, Berlin, 1922.
 Marcus u. Sahlgreen, Münch. med. Wschr., 1923, N. 10.
 Mohr R., Münch. med. Wschr., 1921, Bd. 61.
 Sarbo, Ueber hysterische Fiber, Arch. f. Psych., 1891, Bd. 23.
 Smirnoff Donat, Revue de l'Hypnotisme, 1909, No. 8.
 Strumpell, Ueber das sogen. hyst. Fieber, Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk., 1906, H. 3—4.
 Thoma Ernst, Ueber hysterische Symp. bei organischen Hirnerkrank., Allg. Zschr. f. Psych., 1918, Bd. 60, H. 4.
 Toulouse et Vulpian, Revue neur., 1906, p. 514.
 Weber E., Der Einfluss psychischer Vorgänge auf den Körper, 1910.
 Wisch I. M., Anwendung der Hypnose bei psoriasis, Dermatol. Wschr., 1935, Bd. 100, No. 8.
 Vigoureux, Etat mental dans les tumeurs cérébrales, Revue de Psych., 1903, No. 6.
 Voisin, Emploi de la suggestion hypnotique dans les certaines forme de'alienation mentales, 1897.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	8

СЛОВО КАК ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР

Учение И. П. Павлова о снах, внушении и словесном воздействии

Глава I. Слово как условный раздражитель	15
Глава II. Сон, гипнотические фазы, внушение	25
Глава III. Внушенный сон	38
Возникновение внушенного сна и зоны раппорта	42
Глубина внушенного сна	48
Объективные признаки внушенного сна	52
<i>Влияние словесного внушения на деятельность коры головного мозга</i>	
Глава IV. Общий характер деятельности коры мозга во внушенном сне	67
Деятельность коры мозга в различных стадиях внушенного сна	71
Внушенный отдых в гипнотическом сне	76
Глава V. Замыкательная функция	78
Глава VI. Анализаторная функция	87
Глава VII. Извращения физиологических реакций	105
Глава VIII. Соотношение между основными корковыми процессами	120
Глава IX. Подвижность основных корковых процессов	130
Глава X. Корковая стереотипия	138
Глава XI. Следовые процессы в коре мозга	141
Глава XII. Изолированные большие пункты коры мозга	150

Влияние словесного внушения на подкорковые функции

Глава XIII. Внутренняя среда и деятельность ее органов	154
Обменные процессы	154
Реакции, связанные с пищеварением	164
Деятельность выделительных и экскреторных желез	172
Дыхание, кровообращение, кожная трофика	180
Глава XIV. Сложнейшие безусловные рефлексы	191
Инстинкты	191
Эмоции	197

СЛОВО КАК ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКТОР

Глава XV. К сравнительной оценке методов психотерапии	211
Психотерапия в бодрствующем состоянии	214
Психотерапия в дремотном состоянии и во внушенном сне	220
Лечебное значение внушенного сна-отдыха	225
Причины неудач психотерапии	228
Глава XVI. Методика словесного внушения	231
Общие принципы построения формул внушения и убеждения	232
Применение косвенного внушения	234
Использование самовнушения в психотерапии	240
Приемы усиления и пробуждения	246
Глава XVII. Врач и больная	244
Тактика врача	244
Ятрогения и дидактогеня	250
Глава XVIII. Неврозы и факторы, способствующие их развитию	260
Значение типа нервной системы	263
Острые аффективные состояния	266

Фазовые состояния	269
Патологические условнорефлекторные связи	273
Эндокринная перестройка организма	275
Повышенная внушаемость и самовнушаемость	277
Значение вторичной второсигнальной переработки	279
Пути развития невроза	283
Глава XIX. Психотерапия и психопрофилактика неврозов	285
Панкратический невроз	285
Сексуальный невроз	292
Постнатравматические неврозы	298
Профессиональные неврозы	301
Настоящая эпилепсия	305
Малые неврозы	308
Неврозы, сложенные по клиническим синдромам и методике психотерапии	310
Психопрофилактика неврозов	332
Краткая учения Фрейда о неврозах	334
Глава XX. Роль психотерапии в различных разделах лечебной медицины	342
О значающем воздействии лечебных мероприятий	342
Органические заболевания нервной системы	345
Психические заболевания	355
Внутренние заболевания	367
Хирургические заболевания	375
Психотерапия в акушерстве и гинекологии	380
Детские болезни	386
Кожные и венерические заболевания	390
Лечебная практика врача на курорте	393
Практика участкового врача	397
Заключение	400
Приложение	404
Литература	412

Цытонов Константин Иванович
слово как физиологический и
лечебный фактор

Редактор *Е. Ф. Полежаев*
Техн. редактор *Ю. С. Бельчилова*
Корректор *О. А. Лосев*
Переплет художника *Л. С. Эрмана*

Сдано в набор 25/IV 1956 г. Подписано
к печати 26/X 1956 г. Формат бумаги
 $70 \times 108^{1/8} = 13,5$ бум. л. 36,99 печ. л.
+ 1,03 печ. л. вкл. 36,77 уч.-изд. л.
Тираж 7000 экз. Т 09270 ММ-71.

Медгиз, Москва, Петровка, 12
Зак. 1068, Министерство культуры СССР
Главное управление полиграфической
промышленности. Первая Образцовая
типография имени А. А. Жданова, Москва,
Ж-54, Валовая, 28.
Цена 18 р. 75 к. Переплет 2 руб.
Отпечатано в 3-й тип. Медгиза.
Москва, Солянка, 14. Зах. 1